



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Percepción de las enfermeras y enfermeros del clima ético hospitalario en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo, Bogotá 2012

Jakeline Martínez Zuluaga

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Bogotá, Colombia
2012

Percepción de las enfermeras y enfermeros del clima ético hospitalario en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo, Bogotá 2012

Jakeline Martínez Zuluaga

Tesis de investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:
Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia en Servicios de Salud

Directora:
Raquel Vargas Vásquez

Línea de Investigación: Cuidado y práctica de Enfermería.
Área temática: Gerencia en Salud y Enfermería.
Eje temático: Ética y Bioética

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Enfermería
Bogotá, Colombia
2012

Dedicatoria

A mi hija Karen, persona que alegra cada momento de mi vida, quien con su amor, alegría, comprensión, apoyo e infinita fe, acompañó este proceso. A Juan por su paciencia y confianza.

Agradecimientos

A Dios por permitirme acceder a un nivel de formación como lo es la Maestría, al programa de Maestría de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, sus docentes y directivos.

Agradezco especialmente a la profesora Beatriz Peña Riveros, por acompañar todo mi proceso de formación, quien con su infinita sabiduría guío este proyecto y lo nutrió día a día.

A las instituciones, enfermeras y enfermeros que participaron en este proyecto, gracias por creer en la investigación, por participar activamente en la generación de conocimiento.

Gracias a todas las personas que acompañaron este camino; compañeras de estudio, colegas, coordinadoras de enfermería y de las Unidades de Cuidado Intensivo, sin su apoyo no hubiese sido posible.

Resumen

El objetivo de este estudio fue describir el clima ético hospitalario percibido por los profesionales de enfermería, en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) de dos hospitales de Bogotá.

Este estudio es descriptivo, cuantitativo, transversal. Se utilizó el instrumento de percepción del clima ético hospitalario diseñado por Olson (1998), y modificado por Muñoz et al. (2008), el cual cuenta con pruebas de validez y confiabilidad realizadas en Colombia. Se aplicó este instrumento a 21 profesionales de enfermería, que voluntariamente accedieron a participar de un total de 25.

La aplicación del instrumento reveló que en la categoría administradores existe respeto hacia el jefe, pero baja confianza y apoyo en las decisiones que se toman acerca del cuidado de los pacientes; esto implica que posiblemente el respeto está mediado por la autoridad del cargo; los conflictos no se manejan abiertamente sin evadirlos, lo cual puede sugerir dificultades en la comunicación; en la categoría médicos la relación profesional del enfermero y el médico solo en algunos casos está basada en la confianza, el médico es autoridad frente al enfermero ya que solo algunas veces los médicos preguntan a las enfermeras (ros) su opinión acerca de las decisiones tomadas con relación al tratamiento de los pacientes; en la categoría pacientes hay subutilización respecto al uso de la información necesaria para resolver los problemas de cuidado de los pacientes, ya que teniendo acceso a ella, no siempre es utilizada. Se encuentra que el tiempo de experiencia se relaciona con la percepción del clima ético. Se recomienda continuar el estudio del clima ético y profundizar en la relación que hay entre aspectos demográficos como tiempo de experiencia y clima ético.

Palabras clave: clima ético, enfermería, hospital

Abstract

The aim of this study was to describe the ethical climate perceived by hospital nurses, in four intensive care units (ICUs) in two hospitals in Bogotá.

This is a descriptive, quantitative cross-section study. We used the instrument of perceived ethical climate in the hospital setting designed by Olson (1998), and modified by Muñoz et al. (2008), which has validity and reliability tests conducted in Colombia. This instrument was applied to 21 nurses, who voluntarily agreed to participate out of a total of 25 nurses.

The application of the instrument revealed that there is more respect for the Chief, but low confidence and support in the decisions made about patient care, this implies that respect is possibly mediated by the authority of office, conflicts not handled openly without evading, which may suggest difficulties in communication. In the medical category the professional relationship of the nurse and the doctor only in some cases is based on trust, the doctor's authority over the nurse is manifest, and rarely do the doctors ask nurses their opinion on decisions regarding the treatment of patients, patients in the category, underutilized the use of the information needed to solve the problems related to the patient care, even though they have access to it, they did not always use it, in reference to the experience related to perception of ethical climate. We recommend further study of ethical climate and to make an in-depth approach to the relationship between demographics and length of experience and ethical climate.

Keywords: Ethical Climate, Nursing, Hospital

Contenido

Pág.

Resumen	IX
Lista de gráficas	XIV
Lista de tablas	XV
Lista abreviaturas.....	XVI
Introducción	1
Marco referencial.....	5
1.1 Área problemática.....	5
1.2 Estudios realizados en clima ético	8
1.3 Justificación	13
1.4 Tema de Investigación.....	15
1.5 Problema de investigación	15
1.6 Objetivos.....	15
1.6.1 Objetivo general	15
1.6.2 Objetivos específicos	15
1.7 Propósito	16
2. Marco teórico-conceptual	17
2.1 Teoría de enfermería.....	17
2.1.1 Enfermería	17
2.1.2 Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray	18
2.1.3 Evaluación de la Teoría de la Atención Burocrática de Ray.....	20
2.2 Teorías de administración	21
2.2.1 Teoría de las Relaciones Humanas.....	21
2.2.2 Teoría situacional ó de contingencias.....	23
2.2.3 Teoría del Desarrollo Organizacional (DO)	24
2.3 Cultura organizacional.....	26
2.4 Clima organizacional	27
2.5 Clima ético	28
2.5.1 Tipos de clima ético.....	29
2.6 Ética y empresa.....	29

2.7 Teorías éticas	33
2.7.1 Teoría ética emotivista: Emotivismo moral	33
2.7.2 Teoría ética utilitarista	34
2.7.3 Teoría ética deontológica	34
2.7.4 Teoría ética comunicativa	35
2.7.5 Teoría de la ética civil	36
2.7.6 Teoría ética del cuidado	37
2.8 Unidad de Cuidado Intensivo	39
3. Marco del diseño.....	42
3.1 Diseño de la investigación.....	42
3.2 Variables del diseño y su descripción	43
3.3 Riesgos del diseño.....	45
3.4 Población y muestra.....	46
3.5 Criterios de inclusión.....	46
3.6 Criterios de exclusión.....	46
3.7 Instrumento	46
3.8 Recolección de los datos	49
3.9 Marco de análisis	49
3.10 Consideraciones éticas	51
4. Resultados y discusión	55
4.1 Descripción por categorías.....	55
4.1.1 Categoría Colegas	55
4.1.2 Categoría Pacientes.....	57
4.1.3 Categoría Administradores.....	59
4.1.4 Categoría Hospital	61
4.1.5 Categoría Médicos	63
4.1.6 Categoría valor de la responsabilidad	65
4.1.7 Categoría valor de la honestidad.....	66
4.1.8 Categoría valor de la tolerancia.....	68
4.2 Descripción según variables de caracterización estudiadas.....	69
5. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones	93
5.1 Conclusiones	93
5.2 Recomendaciones y limitaciones	96
Bibliografía	99
A. Anexo: Instrumento de percepción del clima ético hospitalario	109
B. Anexo: Consentimiento informado.....	113
C. Anexo: Solicitud de permiso para la utilización del instrumento percepción del clima ético hospitalario, versión modificada	115
D. Anexo: Permiso para la utilización del instrumento percepción del clima ético hospitalario, versión modificada	117
E. Anexo: Aprobación del proyecto por el comité de ética Universidad Nacional de Colombia	118

F. Anexo: Cronograma de actividades.....	120
G. Anexo: Presupuesto.....	121
H. Anexo: Tabla de contingencia (datos caracterización / ítems ECEH).....	122
I. Anexo: Estadísticos descriptivos por categorías	128
H. Anexo: Estadísticos descriptivos por datos de caracterización.	129

Lista de gráficas

	Pág.
Gráfica 4-1: Categoría colegas	55
Gráfica 4-2: Categoría pacientes	57
Gráfica 4-3: Categoría administradores	59
Gráfica 4-4: Categoría hospital	61
Gráfica 4-5: Categoría médicos	63
Gráfica 4-6: Categoría valor de la responsabilidad	65
Gráfica 4-7: Categoría valor de la honestidad.....	66
Gráfica 4-8: Categoría valor de la tolerancia.....	68
Gráfica 4-9: Género	69
Gráfica 4-10: Género en relación con categorías instrumento (ECEH).....	71
Gráfica 4-11: Nivel de formación	73
Gráfica 4-12: Nivel de formación en relación con categorías instrumento (ECEH) ...	74
Gráfica 4-13: Rango salarial con prestaciones sociales	76
Gráfica 4-14: Salario en relación con categorías instrumento (ECEH)	78
Gráfica 4-15: Tiempo de experiencia.....	80
Gráfica 4-16: Edad.....	80
Gráfica 4-17: Tiempo de experiencia, tiempo en el hospital, tiempo en UCI y edad en relación con categorías instrumento (ECEH)	83
Gráfica 4-18: Valor de la responsabilidad en relación con datos de caracterización (persona, tiempo y lugar)	87
Gráfica 4-19: Valor de la honestidad en relación con datos de caracterización (persona, tiempo y lugar)	88
Gráfica 4-20: Valor de la tolerancia en relación con datos de caracterización (persona, tiempo y lugar)	89
Gráfica 4-21: Tipo de UCI (adultos-neonatos) en relación con categorías instrumento (ECEH)	90

Lista de tablas

Pág.

Tabla 2-1: Comparación entre la teoría clásica y teoría de las relaciones humanas 23

Tabla 3-1: Tabla de variables..... 50

Lista abreviaturas

Abreviaturas

Abreviatura	Término
<i>ANEC</i>	Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia
<i>CEPAL</i>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<i>CIE</i>	Consejo Internacional de Enfermería
<i>CIOMS</i>	Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
<i>ECEH</i>	Instrumento sobre la percepción de las Enfermeras del Clima Ético Hospitalario

Introducción

Esta investigación tiene como propósito describir el clima ético hospitalario percibido por los profesionales de enfermería en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de carácter público en Bogotá, para que los resultados sean punto de referencia en la generación de políticas y estrategias organizacionales encaminadas al mejoramiento del clima ético hospitalario. Es una investigación de abordaje cuantitativo, descriptivo, transversal. Hace parte de la línea de investigación Cuidado y práctica de enfermería, del área temática Gerencia en salud y enfermería, y del eje temático ética y bioética.

Enfermería como disciplina y profesión, diariamente se ve enfrentada a múltiples situaciones que generan conflictos entre principios y valores éticos. Nadie puede negar que experimenta cotidianamente una existencia ética o moral, como un conjunto de ideas y criterios de acuerdo a los cuales conduce su vida, sus decisiones y comportamientos, la que es posible denominar como ética natural¹.

Sólo luego de descubrir el saber ético como algo bueno y esencial en el desempeño profesional, que aporta calidad en la atención, responde a diversas expectativas personales y comunitarias, relaciones interpersonales satisfactorias, etc., es que se pone “en marcha la intención y el deseo para alcanzar y vivir los valores e ideales éticos a los que se compromete la profesión. En otras palabras, al descubrir el atractivo del obrar ético, en cuanto perfecciona el ser, haciéndolo más feliz, resulta natural y espontáneo buscarlo, identificarlo y ejecutarlo”².

¹ RODRÍGUEZ LUÑO, Ángel. Ética general. 2a. ed. Pamplona, España: EUNSA. 1993, p.17-27.

² FRAILE DUVICQ, Carmen Gloria. Ciencia, ética y enfermería [online]. En: Ciencia y enfermería. 2002, vol. 8 no. 1, p. 9-14. [consultado mayo 21, 2010], Disponible en Internet: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-9553. doi: 10.4067/S0717-95532002000100002.

Introducción

Enfermería se enfrenta diariamente a múltiples situaciones éticas, y tal como lo refiere Prieto: “en el ejercicio cotidiano de la profesión las enfermeras enfrentan dilemas éticos, algunos relacionados con entornos desfavorables de trabajo”³.

El clima ético es considerado como "la percepción compartida de cuáles son los comportamientos éticamente correctos y cómo los temas éticos deben ser tratados"⁴. La revisión del estado del arte permitió evidenciar algunos de los dilemas éticos que se presentan en la práctica diaria de enfermería, en los que el comportamiento ético de la enfermera y su entorno laboral cobra gran importancia.

Por otra parte el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) afirma: “mejorar los entornos favorables para la práctica profesional, es una realidad urgente debida a la crisis mundial de los recursos de enfermería – crisis caracterizada por una enorme escasez de enfermeras, siendo una de sus causas: los entornos de trabajo poco saludables que frenan los resultados o alejan a las enfermeras y con demasiada frecuencia, las expulsan de determinados contextos o de la propia profesión de enfermería”⁵

En cuanto a los vacíos encontrados en Enfermería, en clima ético organizacional en el país, las investigaciones han sido pocas^{6 7 8}. Los hallazgos de estudios relacionados

³ PRIETO DE ROMANO, Gloria Inés. Estrategias para mejorar la seguridad en lugares de trabajo de las enfermeras desde la ética [online]. Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, seccional Santander. En: Congreso Nacional de Enfermería (28: octubre 7 al 10 de 2009: Bucaramanga) [consultado septiembre 13, 2010] Disponible en Internet: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=86:seguridad&catid=35:conferencias&Itemid=37

⁴ CULLEN, John B et al. The effects of ethical climates on organizational commitment: a two study analysis. In: Journal of business ethics. 2003, vol. 46 no. 2, p. 1–15.

⁵ INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Positive practice environments: quality workplaces = quality patient care. Information and action tool kit [online]. Developed by: Andrea Baumann for the ICN. Ginebra, Suiza: ICN. 2007, p. 1-65. Available from Internet: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2007.pdf>

⁶ GUTIÉRREZ LÓPEZ, Carolina. Validez aparente, validez de contenido y consistencia interna de la encuesta sobre la percepción de las Enfermeras del clima ético hospitalario. Tesis. Maestría en enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2001.

Introducción

permiten identificar algunos factores que influyen en el clima ético y por ende en el desempeño para el ejercicio profesional de la enfermera; mejorar los entornos de trabajo y el clima ético para enfermería favorece el ejercicio profesional y un cuidado de calidad para el paciente.

El presente trabajo consta de seis capítulos; el primero de ellos corresponde al marco de referencia, compuesto por el área problemática, la justificación, el problema y los objetivos.

En el segundo capítulo se muestra el marco teórico-conceptual, en el cual se desarrollan los principales conceptos a tener en cuenta para este estudio, de acuerdo a diversos autores; se mencionan algunas de las más importantes teorías éticas, que están relacionadas con climas éticos y teorías de la administración descritas por diversos autores y la descripción de instrumentos desarrollados para medir clima ético, su validez de constructo, técnicas de medición y confiabilidad.

En el tercer capítulo se presenta el marco de diseño, el cual contiene el diseño y tipo de diseño, riesgos del diseño seleccionado, selección del universo, la población y muestra del estudio, técnicas de recolección de información, análisis y las consideraciones éticas, con base en la reglamentación actual y reconociendo la importancia de las recomendaciones sobre la ética de la investigación con seres humanos, de Helsinki y Nuremberg⁷. Se tuvo en cuenta además el instrumento de valoración de consideraciones éticas, para proyectos de investigación biomédica en seres humanos, de la Universidad Nacional de Colombia-Facultad de Enfermería.

Para terminar se encuentra el capítulo cuatro de resultados y discusión, capítulo cinco de conclusiones, y el seis de recomendaciones y limitaciones.

⁷ BELTRÁN ROA, Paula Andrea et al. Validez facial y validez de contenido del instrumento diseñado por Víctor y Cullen para medir clima ético en profesionales de la salud de instituciones hospitalarias en Bogotá. Tesis. Maestría en enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2009.

⁸ MUÑOZ, Olga, et al. Estudio de clima ético hospitalario en tres instituciones hospitalarias de Bogotá-Colombia. En: Revista Enfermería Universitaria ENEO- UNAM. abril –junio 2008, vol. 5 no. 1, p. 35.

⁹ BOL OF SANIT PANAM. Códigos Internacionales de la Ética en Investigación. 1990. Tomado de: Hipertexto Ética y Bioética, Maestría en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. p. 2.

Marco referencial

En este capítulo se presenta el área problemática, la justificación, el problema, los objetivos, y definiciones conceptuales para el presente estudio.

1.1 Área problemática

El área problemática y la justificación del estudio se determina de acuerdo a las siguientes temáticas: se exponen los vacíos encontrados en Enfermería, y el conocimiento que se ha generado en el área de interés. A nivel de conocimiento se evidencia lo que se sabe y lo que se desconoce con respecto al fenómeno de interés.

En cuanto a los vacíos encontrados en Enfermería, en torno al clima ético organizacional en el país, las investigaciones en este tema han sido pocas^{10 11} y la más reciente, cuyo objetivo fue medir clima ético hospitalario en tres Instituciones prestadoras de Servicios de Salud de Bogotá (pública, privada y régimen especial), en el cual en la primera fase se hicieron ajustes al instrumento utilizado, Percepción de las Enfermeras del Clima Ético Hospitalario. (ECEH) de Linda Olson, los resultados indican falta de colegaje en cuanto a la escucha y la ayuda frente a los problemas relacionados con el cuidado al paciente, falta de confianza en la competencia de enfermería. Estas situaciones pueden afectar el desempeño profesional.

Los hallazgos de estudios relacionados permiten identificar algunos factores que influyen en un entorno de trabajo desfavorable para el ejercicio de la enfermera entre estos: la insatisfacción con el trabajo, un clima ético inadecuado, la falta de colegaje y deficientes relaciones interpersonales¹².

¹⁰ GUTIÉRREZ LÓPEZ, Carolina. Op. cit., p. 20-134.

¹¹ BELTRÁN ROA, Paula Andrea et al. Op. cit., p. 2.

¹² PRIETO DE ROMANO, Gloria Inés. Op. cit.,
http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=86:seguridad&catid=35:conferencias&Itemid=37

El papel de la enfermera en la toma de decisiones éticas, ha sido invisible “hasta muy recientemente, la mayoría de las conceptualizaciones teóricas, e incluso propuestas de modelos de procedimientos para la toma de decisiones éticas, no atañían directamente a las enfermeras, pues estas no sólo eran vistas como un personal subalterno y dependiente, sino que en realidad lo eran, dado que todo su actuar profesional estaba vinculado sólo con el cumplimiento de las indicaciones médicas”¹³. Esto se relaciona con el clima ético ya que al hablar de clima ético se hace referencia de acuerdo a Olson¹⁴ a las condiciones organizacionales y de la práctica, que afectan la forma como se discuten y deciden los cuidados que requieren los pacientes, y que tienen implicaciones éticas; de allí la importancia que las enfermeras participen en esta toma de decisiones.

Enfermería, como profesión y disciplina, ha luchado por lograr cada día mayor autonomía y autodeterminación, lo cual paulatinamente se ha conseguido con el fortalecimiento de su propio cuerpo de conocimientos. Enfermería se ve enfrentada con diversas situaciones éticas que se generan en los ámbitos donde se ejerce, de allí la importancia de medir el clima ético organizacional en diferentes contextos donde enfermería está inmersa y se prestan servicios de salud.

En un mundo en constante evolución, se puede perder fácilmente la perspectiva en el actuar adecuado, esperado, o correcto, y dejar de lado valores y principios éticos. La ética es de gran importancia, como elemento reflexivo que debe ir de la mano con el desarrollo técnico-científico, ya que implica múltiples aspectos que puede afectar positiva o negativamente al ser humano y su entorno.

En un mundo globalizado, con incontables avances tecnológicos, se hace necesario para asumir tales avances, la aplicación de modelos éticos, que se pueden dar dependiendo las diferentes condiciones organizacionales existentes; si se analiza este cambio tecnológico se observa cómo la labor de la enfermera se ha tornado más compleja en este campo, hasta el punto de convertir las acciones del profesional en algo más mecánico que reflexivo o deliberativo y esto de ninguna manera desde el punto de vista ético puede ser.

Como refieren Chompre y Oliveira, “se está en una sociedad cambiante, invadida de alta tecnología, donde el hombre se ha convertido en una máquina o robot, y reconociendo la importancia que representa la tecnología para la sociedad, es esta

¹³ AMARO CANO, María del Carmen. Toma de decisiones éticas aplicada a la especialidad de Enfermería [en línea]. En: Rev Cubana Enfermería. 2004, vol. 20 no. 3 [consultado mayo 20, 2010]. Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-0319

¹⁴ OLSON, Linda. Hospital nurses perceptions of the ethical climate of their work setting. In: Journal of Nursing Scholarship. 1998, vol. 30 no. 4, p. 345–349.

misma la que ha llegado a desplazar al ser humano de sus labores"¹⁵, situación que se puede dar en la UCI, de manera que este cambio social afecta todas las esferas, obviamente la enfermería, ya que esto ha originado nuevas situaciones que implicarían la reflexión desde la ética en la práctica cotidiana, lo cual ha generado que "en el ejercicio profesional, las enfermeras y enfermeros enfrenten dilemas éticos, algunos relacionados con entornos desfavorables de trabajo"¹⁶. Esto habla de la necesidad de estudiar el clima ético porque el profesional de enfermería no debe perderse en la tecnología sino ampliar su razonar sobre las condiciones y situaciones de las personas, porque eso permitiría encontrar la posibilidad de ser de este estudio a partir de los hallazgos en este para transformar el clima ético.

Enfermería debe basar su ejercicio profesional además de conocimientos técnico-científicos, también y con mayor razón desde la perspectiva ética. Garzón, refiere que es necesario que los "profesionales de enfermería desarrollen verdaderamente su capacidad de gestión, que vendan servicios y atiendan programas hospitalarios y comunitarios"¹⁷, es decir, se requiere de una capacidad de liderazgo muy desarrollada, no para seguir haciendo de la salud un negocio, sino para lograr un mayor reconocimiento social, como una profesión autónoma, que tiene la capacidad de impactar positivamente la calidad de vida y salud de la población, y en parte para que esto suceda se requiere de la enfermera un conocimiento filosófico más profundo sobre la ética, que sea cada vez más deliberativa y que esto se pueda llegar a evidenciar en actitudes más responsables de los profesionales. Se ha descrito que hay una "correlación claramente positiva entre comportamiento ético aceptable y fuerza del clima ético de la empresa. O, a la inversa, hay correlación negativa entre gravedad de faltas éticas y fuerza del clima ético empresarial"¹⁸

La sociedad requiere que se desarrolle una práctica de enfermería integral, con calidad, que demuestre ser costo-efectiva¹⁹, y cuando se menciona costo-efectiva no se quiere

¹⁵ De OLIVEIRA, Camilo y SENA CHOMPRÉ, Roseni. Estrategias para el desarrollo de la práctica de Enfermería. Simposio Nacional de Enfermería. Chía: Universidad de la Sabana. Septiembre 5 y 6 de 1996. Medio magnético.

¹⁶ PRIETO DE ROMANO, Gloria Inés. Op. cit.,
http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=86:seguridad&catid=35:conferencias&Itemid=37

¹⁷ GARZÓN ALARCON, Nelly. Retos de Enfermería para el nuevo milenio: situación y tendencias en la práctica de Enfermería. En: Cuidado y Práctica de Enfermería. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Grupo de Cuidado. 2.000, p. 19.

¹⁸ FRANÇA TARRAGÓ, Omar. El "clima" o "atmósfera" ética: termómetro del ethos empresarial. En: Introducción a la ética empresarial. Clima Ético [en línea]. p. 1-13. [consultado octubre 1, 2010] Disponible en Internet:
<http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CFEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ucu.edu.uy%2FPortals%2F0%2FPublico%2FFacultades%2FCiencias%2520Humanas%2FEtica%2FCLIMAeti.doc&ei=wsMAUO0tyMjqAbulsdUG&usg=AFQjCNG41ZRCdkZCen9JRrcrVHG8m7pw0w>

¹⁹ GARZÓN ALARCON, Nelly. Retos de Enfermería para el nuevo milenio: situación y tendencias en la práctica de Enfermería. Op. cit., p. 19.

decir a “costa del ser humano”, es decir, sacrificar la integralidad y la salud de la persona por recursos. En este sentido es totalmente válido lo que Romero expresa: “nuestra educación no podría servir a una tendencia mercantilista, deshumanizadora, tecnocrática, individualista, no podría servir a una tendencia que pone la contabilidad, los costos, los beneficios económicos por encima del ser humano”²⁰. Para que esto no suceda es indispensable la argumentación ética, que guíe cada una de las acciones del profesional de enfermería y le permita una resolución de problemas éticos, a través de las percepciones compartidas de la conducta éticamente correcta, justa y buena, para lo cual influye tanto el conocimiento adquirido en la formación, la práctica misma y sobretodo el clima organizacional, aspecto importante para ser tenido en cuenta desde la academia.

Farrell, plantea algunos retos que debe considerar enfermería. Algo muy importante es que, independientemente de cuán dramático y rápido sea el cambio, deben perdurar algunas cualidades “como el intelecto, los valores fundamentales y la habilidad de establecer relaciones efectivas en la práctica de enfermería”²¹. Definitivamente estas cualidades deben permanecer y hacer parte de la enfermera en su diario vivir, ya que son las que van a favorecer que enfermería tenga una visión amplia, base su práctica en conocimientos científicos disciplinares y multidisciplinarios, sea ética en su actuar y comprenda que la interacción y la trascendencia en el cuidado son de gran importancia para ella como enfermera y para los sujetos de cuidado protagonistas principales de su estado de salud y calidad de vida.

1.2 Estudios realizados en clima ético

A continuación se hace una síntesis de los hallazgos encontrados, a partir de la revisión de la literatura, específicamente en clima ético y enfermería. Los artículos utilizados en esta revisión provienen de base de datos (OVID - Journals@Ovid, EBM Reviews, Cochrane Database, Medline – OVID, Evidence Based Medicine Review – EBMR, PubMed, EBSCO: MEDILENE with Full Tex). Los criterios de búsqueda fueron: ethical climate and nursing, se descartaron los que no son producto de investigación. También se mencionan los estudios realizados en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, en el área de clima ético y enfermería.

De la revisión se destaca que a pesar que se ven avances en cuanto a la investigación en clima ético, aún la producción científica es muy poca, en comparación con otros fenómenos de interés para enfermería; en los estudios revisados, el clima ético organizacional, ha sido correlacionado con otro tipo de fenómenos como intenciones de

²⁰ ROMERO BALLEEN, María Nubia. El futuro también depende de nosotras ¿Contemporización o Resistencia? [diapositivas]. En: Simposio Nacional de Enfermería. (1: Septiembre 5 y 6 de 1996: Chía. Universidad de la Sabana). Ponencia. Chía, Cundinamarca. 1996.

²¹ FARRELL, Marlene. Tendencias y proyección del ejercicio profesional de la Enfermería. En: Simposio Nacional de Enfermería. (1: Septiembre 5 y 6 de 1996: Chía. Universidad de la Sabana). Ponencia. Chía, Cundinamarca. 1996.

cambiar de cargo o de profesión²², satisfacción laboral²³, sufrimiento moral²⁴, estrés moral, sensibilidad moral²⁵, y percepciones de las enfermeras en su relación con los médicos²⁶. Cada uno de estos fenómenos tiene un fuerte impacto en la percepción del clima ético, por ende en el desempeño profesional y en el cuidado que se brinda al paciente.

Con el objetivo de Investigar los efectos de los climas éticos hospitalarios en las intenciones de cambiar de cargo o de profesión y la relación con factores demográficos y características del empleo, se realizó un estudio en el estado de Missouri con enfermeras que trabajaban como mínimo 40 horas por mes en cuidado directo con pacientes hospitalizados. La investigación concluyó que existía relación entre el clima ético como un factor significativo en las decisiones de las enfermeras de abandonar sus cargos o inclusive la profesión. El instrumento utilizado para medir el clima ético en esta investigación fue la Encuesta sobre la Percepción de las Enfermeras del Clima Ético Hospitalario. (ECEH) de Olson²⁷.

Un estudio realizado en la Universidad de Tel Aviv, Israel²⁸, cuyo propósito fue examinar la percepción de clima ético real e ideal de las enfermeras que trabajan en las salas de medicina interna y ver si sus características demográficas influyen en la percepción del clima ético y su satisfacción en el trabajo demuestra que características demográficas (tales como: género, antigüedad en el empleo y el nivel de educación) parcialmente influyen en la percepción de un clima ético ideal; hubo una tendencia hacia las diferencias en la percepción del clima ético ideal, dimensiones de la ética independiente y

²² HART, Elizabeth. Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions [abstract] [online]. In: Journal of nursing scholarship: an official publication of sigma theta tau international honor society of nursing / Sigma Theta Tau. 2005, vol. 37 no. 2, p. 173-177. Available from Internet: <http://www.medscape.com/medline/abstract/15960062>

²³ GOLDMAN, Anny and TABAK, Nili. Perception of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction [abstract] [online]. In: Nursing Ethics. Mar. 2010, vol. 17 no. 2, p. 233-246. [cited November 02, 2010]. Available from Internet: <http://nej.sagepub.com/content/17/2/233.short>

²⁴ PAULY, Bernadette et al. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate [abstract] [online]. In: Nursing Ethics. Sep. 2009, vol.16 no. 5, p. 561-573. [cited November 01, 2010] Available from Internet: <http://nej.sagepub.com/content/16/5/561.short>

²⁵ LÜTZÉN, Kim et al. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. In: Nursing Ethics [abstract] [online]. Mar. 2010, vol. 17 no. 2, p. 213-224. [cited November 10, 2010]. Available from Internet: http://nej.sagepub.com/content/17/2/213.abstract?ijkey=e3983e6f250c64773e48d4dbf798a3657f7bb55f&keytype=tf_ipsecsha

²⁶ MALLOY, David et al. Culture and organizational climate: nurses' insights into their relationship with physicians [abstract] [online]. In: Nursing Ethics. Nov. 2009, vol. 16 no. 6, p. 719-733. [cited November 01, 2010]. Available from Internet: <http://nej.sagepub.com/content/16/6/719.abstract>

²⁷ HART, Elizabeth. Op. cit., p. 173-177.

²⁸ GOLDMAN, Anny and TABAK, Nili. Op. cit., p. 233-246.

de servicio entre hombres y mujeres, porque los hombres prefieren estas dimensiones más que las mujeres. Se hace hincapié en las diferencias entre hombres y mujeres en lo que respecta a sus puntos de vista sobre ética.

Además se demostró que las enfermeras con más años de práctica tienen una mayor preferencia por climas éticos instrumentales e independientes en comparación con aquellos que han trabajado por menos tiempo. El clima ético independiente alienta la autonomía en los profesionales, este estudio también expone que la percepción de las enfermeras del clima ético de su organización está relacionada con la mayor satisfacción laboral y que el compartir sentimientos, valores similares, y la cohesión del grupo fue un predictor importante de la satisfacción en el trabajo. El instrumento utilizado para medir el clima ético en esta investigación fue el de Víctor y Cullen.

Un estudio realizado con enfermeras en British Columbia, Canadá²⁹, con el propósito de describir el nivel de angustia moral o sufrimiento moral, experimentado por las enfermeras, sus percepciones del clima ético, y la relación entre sufrimiento moral y el clima ético, ha sugerido que la angustia moral se asocia con las percepciones del clima ético, que tiene implicaciones para la práctica de enfermería y el resultado en los pacientes; el clima ético puede contribuir al sufrimiento moral de las enfermeras en el trabajo, disminuyendo la satisfacción, y generando un cuidado inseguro para el paciente. Una de las conclusiones más importantes de este estudio es que el clima ético y los niveles de sufrimiento moral tienen una correlación significativa. Esto puede sugerir que el sufrimiento moral no debe ser enmarcado o situado como un problema individual (es decir, como un defecto o vulnerabilidad de las enfermeras). Por el contrario, requiere una mayor investigación de las formas en que los factores organizacionales contribuyen al sufrimiento moral. El instrumento utilizado para medir el clima ético en esta investigación fue la ECEH de Olson.

En Suecia se realizó un estudio con enfermeras de salud mental³⁰ en cuatro hospitales psiquiátricos, el cual reportó una asociación entre tres conceptos: la sensibilidad moral, clima moral (clima ético) y la tensión moral, lo cual es congruente con los resultados reportados en el estudio de Pauly B³¹ al asociar sufrimiento moral con la percepción del clima ético. Para medir el clima ético en esta investigación se utilizó la ECEH de Olson. Los estudios mencionados hasta el momento corresponden a un enfoque cuantitativo, que han tenido algunas limitaciones como muestras restringidas (enfermeras de un solo campo)³², limitada tasa de respuesta (retorno del 22%)³³ y del 50%³⁴. Esto significa que

²⁹ PAULY, Bernadette et al. Op. cit., p. 561-573.

³⁰ LÜTZÉN, Kim et al. Op. cit., p. 213-224.

³¹ PAULY, Bernadette et al. Op. cit., p. 561-573.

³² GOLDMAN, Anny and TABAK, Nili. Op. cit., p. 233-246.

³³ PAULY, Bernadette et al. Op. cit., p. 561-573.

sería difícil generalizar los resultados a otros profesionales de la salud y enfermeras de otras áreas u organizaciones.

El único de los estudios encontrados con enfoque cualitativo, método de grupo focal, es el de Cultura y Clima organizacional: percepciones de las enfermeras en su relación con los médicos³⁵, que se realizó en Canadá, Irlanda, Australia y Corea con 42 enfermeras. Se exploró la percepción de cómo las decisiones éticas son tomadas, el papel de las enfermeras en el hospital, y la medida en que sus voces se escucharon. Estas enfermeras sugirieron que sus voces fueron silenciadas (a veces voluntariamente) o no se expresó en términos de toma de decisiones éticas y dieron cuenta de que su enfoque de la ética en la toma de decisiones es diferente de la de los médicos. Este estudio es parte de un proyecto internacional más amplio que está explorando, cualitativa y cuantitativamente, los factores que influyen en decisiones éticas en la práctica de enfermería (por ejemplo, la religiosidad, la argumentación ética y los códigos de ética).

El estudio de Malloy³⁶ también reporta una marcada diferencia en el clima organizacional y profesional, (aquí se pueden determinar algunos elementos que componen los códigos de ética, esto influye en el clima ético) con respecto a las enfermeras y los médicos, caracterizada por una sensación de falta de poder relacionado con la naturaleza de las jerarquías (condicionadas socialmente en el medio) de la enfermería y la medicina. Las enfermeras informaron frustración con su falta de poder, en contraste con el abrumador poder de los médicos, sintieron que les faltaba el poder de hablar en contra de la opinión de los médicos o se cree que su opinión no sería aceptada, la jerarquía de la atención médica es coherente en todas las culturas, no reveló evidentes diferencias culturales entre las naciones con respecto a la relación enfermera-médico, lo cual también es congruente con la cultura colombiana y en el contexto regional.

Una de las limitaciones de este estudio es la naturaleza subjetiva de la investigación cualitativa y el método utilizado de grupo focal, que puede alentar respuestas socialmente deseables de los participantes, lo que nubla la respuesta, en cuanto a precisión y franqueza. Por último uno de los autores de la investigación es canadiense y esto puede influir en la interpretación de los resultados, a pesar de que cada autor revisó las transcripciones. No obstante este tipo de estudios es de gran riqueza, por su diversidad y aporte global a la enfermería.

Esta investigación para explorar las percepciones de las enfermeras en cuanto a su clima ético en los hospitales y determinar si la subcultura de la enfermería difiere a través de

³⁴ LÜTZÉN, Kim et al. Op. cit., p. 213-224.

³⁵ MALLOY, David et al. Op. cit., p. 719-733.

³⁶ Ibid., p. 719-733.

las culturas nacionales. Utilizaron una guía que consta de 21 preguntas, sin embargo el enfoque de este artículo se limitó a la discusión relativa a la pregunta: ¿Cuáles son las principales preocupaciones éticas que enfrenta en el tratamiento de los adultos mayores? reporta resultados de interés para el estudio de clima ético, ya que aparte de hacer énfasis en la relación de médicos y enfermeras, también informa resultados de interés con respecto a los pacientes mirando “el respeto profesional” un tema que surgió de los datos de la investigación y reporta que hay falta de respeto a la disciplina de enfermería. Las enfermeras expresaron que los pacientes y familias no valoran las opiniones de los enfermeros en la misma medida que la de los médicos, hubo también un sentimiento de desprecio médico para el consejo y las recomendaciones dadas por las enfermeras. Esto es de valor para el presente estudio ya que el instrumento utilizado para medir clima ético dentro de sus categorías tiene la percepción de la relación con médicos y con pacientes. Seago describe el número de cuestiones ambientales que han sido identificadas por las enfermeras en los hospitales, que se correlacionan con el estrés en su trabajo, incluyendo la carga de trabajo y la pobre dotación de personal, el conflicto con los médicos, y la tensión por cambio de trabajo³⁷. Aiken et al³⁸, describe un clima organizacional ideal en el que las enfermeras tienen más autonomía, más control sobre las condiciones de la práctica, y mejores relaciones con los médicos. Además, Gifford afirma que el éxito de los hospitales que han cumplido con estándares específicos de acuerdo a la American Nurses Credentialing Center, ha sido vincular empíricamente la autonomía de la enfermera, la profesional que tiene control sobre el medio ambiente, cuidado del paciente, y una estrecha relación entre colegas y médicos, mejora el intercambio de información vital³⁹.

Se puede decir que enfermería en su ejercicio profesional se enfrenta con múltiples situaciones que tienen una fuerte carga ética, a diario enfrenta conflictos o dilemas éticos y la capacidad de las enfermeras para afrontar positivamente estas situaciones está fuertemente influenciada por la percepción del clima ético.

El estudio Ozturk y Bahcecik⁴⁰, se desarrolló para evaluar la validez y confiabilidad del instrumento desarrollado por Olson, que es el instrumento que se menciona en este estudio. Este estudio también tuvo como objetivo determinar cómo perciben las enfermeras el clima ético en su ambiente de trabajo; se realizó con 277 enfermeras, se concluyó que el instrumento era válido, y se encontraron diferencias significativas en la

³⁷ SEAGO, Jean. Work group culture, stress, and hostility: correlations with organizational outcomes. *In: J Nurs Adm.* 1996, vol. 26 no. 6, p. 39–47. Cited by: MALLOY, David et al. Op. cit., p. 719-733.

³⁸ AIKEN, Linda et al. Hospital staffing, organization, and quality of care: crossnational findings. *In: Int J Qual Health Care.* 2002, vol. 14, p. 5–13. Cited by: MALLOY, David et al. Op. cit., p. 719-733.

³⁹ GIFFORD, Blair. The relationship between hospital culture and nurses' quality of work life. *In: J Healthc Manage.* 2002, vol. 47, p. 13–26. Cited by: MALLOY, David et al. Op. cit., p. 719-733.

⁴⁰ BAHCECIK, Nefise and OZTÜRK, Havva. The Hospital ethical climate survey in Turkey. *In: Journal of Nursing administration. Healthcare law. ethics and regulation.* 2003, vol. 5, p. 94-99.

percepción del clima ético, relacionadas con la edad de la enfermera y la unidad en la que labora.

En Colombia los estudios al respecto han sido pocos. Se puede mencionar los estudios metodológicos de Gutiérrez⁴¹, Beltrán et al⁴² y el más reciente, de Muñoz et al⁴³, quienes realizaron un estudio en dos fases: la primera orientada a hacer ajustes al instrumento de percepción de clima ético hospitalario, diseñado por Olson, teniendo en cuenta las recomendaciones dadas por Gutiérrez⁴⁴. La aplicación del instrumento arrojó una relevante ausencia de confianza en las relaciones de enfermería con la empresa y con los demás profesionales, su actuar se rige hacia el respeto a la autoridad, hay heteronomía en la relación con el médico y conductas mediadas por códigos y señales de la profesión más que por la organización, en tanto que el 59% de los encuestados considera que hay respeto del médico hacia la opinión de enfermería “algunas veces” o “nunca”. El respeto del médico hacia la enfermera se basa entonces en el reconocimiento de esta como persona, más no como profesional; para el 38% de los encuestados la institución no tiene en cuenta las sugerencias que hacen los clientes externos e internos, lo cual confirma el planteamiento de que el interés de la empresa no se centra en los empleados ni en los usuarios para este porcentaje de encuestados. Esta investigación, concuerda con las sugerencias de los otros estudios ya mencionados, y es la de continuar investigando en el área de ética y enfermería, y ética en la organización.

1.3 Justificación

Medir el clima ético, puede favorecer la generación de estrategias, para mejorar aspectos débiles detectados en condiciones organizacionales, ya que el clima ético hace referencia a la percepción en cuanto al contenido moral de la decisión, del proceso y la práctica de tales decisiones, enfocado a encontrar el equilibrio entre los intereses económicos o de otra índole en la organización y los intereses de todas las partes directa o indirectamente afectadas, por la toma de decisiones⁴⁵.

Es importante tener en cuenta que a pesar de los cambios en la esfera de la salud, “la ética de enfermería ha permanecido muy apegada aún a los esquemas tradicionales centrados en la beneficencia. Sin embargo, las nuevas exigencias de la profesión requieren de un cambio cualitativo del modelo de atención que considere con mayor

⁴¹GUTIÉRREZ LÓPEZ, Carolina. Op. cit., p. 133-134.

⁴²BELTRÁN ROA, Paula Andrea. et al. Op. cit., p. 2.

⁴³MUÑOZ, Olga, et al. Op. cit., p. 35.

⁴⁴GUTIÉRREZ LÓPEZ, Carolina. Op. cit., p. 133-134.

⁴⁵CIRILLO JOBIM, Cynthia Maria and COUTINHO DE ARRUDA, Maria Cecilia. Ethical climate in companies: relationship between position and work time in the organization. São Paulo: Fundação Getulio Vargas – São Paulo Rua Itapeva. Citado por: BELTRÁN ROA, Paula Andrea. et al. Validez facial y validez de contenido del instrumento diseñado por Víctor y Cullen para medir clima ético en profesionales de la salud de instituciones hospitalarias en Bogotá. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería., 2009.

énfasis el papel de la ética...⁴⁶, lo cual ha de ser una herramienta valiosa para el desempeño de enfermería en ambientes complejos de cuidado y con altos niveles de tecnificación, como son las (UCI) a nivel hospitalario. Este estudio permitirá detectar factores álgidos en las relaciones con colegas, pacientes, administradores, hospital y médicos, y la percepción de valores éticos como honestidad, responsabilidad y tolerancia según la percepción de las enfermeras que laboran allí, lo cual se considera como indicador del clima ético, descubriendo factores álgidos en estas relaciones y valores se pueden implementar estrategias de mejoras del clima ético, fortaleciendo cada uno de estos aspectos y por ende beneficiando a la organización por la importancia que tiene la UCI para esta y para la sociedad por las implicaciones médicas, legales, económicas y éticas de este tipo de servicios.

Para la relevancia social y política de este estudio, se tienen en cuenta diferentes aspectos, aclarando que en el aspecto político la principal relevancia está en la generación de herramientas para el desarrollo de estrategias organizacionales que favorezcan condiciones institucionales que a todo nivel permitan la reflexión ética y el mejoramiento en la prestación de los servicios de salud.

Desde lo social la ética está inmersa necesariamente en todas esas cuestiones que surgen en la sociedad por el desarrollo tecnicocientífico y su relación con la enfermedad y la muerte, ya que todos estos avances tecnológicos pueden llevar a un desconocimiento de la dignidad del ser; uno de los servicios hospitalarios donde quizá hay mayor tecnología de punta, es la UCI. “La atención médica en las unidades de Cuidado Intensivo concentra la mayor cantidad de intervenciones y recursos tecnológicos posible. Esto significa también la concentración de la mayor cantidad de dificultades éticas en toma de decisiones, mucho más allá del uso o no de un método: intervenciones con implicaciones serias, repercusiones a largo plazo y decisiones urgentes, sin oportunidad de consulta o consentimiento⁴⁷.”

Los estudios en el tema recomiendan continuar investigando en el área de ética y enfermería y ética en la empresa. En el país no hay estudios que hayan medido clima ético en Unidades de Cuidado Intensivo, y como se señaló anteriormente estas unidades son de gran valor social, tecnológico y científico, por lo cual es necesario para la profesión determinar el clima ético percibido allí, ya que esto influye directamente en su desempeño e identidad profesional y por ende en la calidad de cuidado que se ofrece. Esta investigación aporta a enfermería conocimiento, que da la oportunidad de generar

⁴⁶ ABASCAL RAMOS, Mainé y ACOSTA SARRIEGO, José Ramón. Consideraciones acerca de la aplicación de una ética renovada al proceso de atención de Enfermería [en línea]. En: Rev Cubana Enfermería. 2001, vol. 17 no. 1, p. 20-26 [citado mayo 18, 2010]. Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192001000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-0319.

⁴⁷ RUIZ MORALES, Álvaro. Aspectos éticos en la Unidad de Cuidado Intensivo [en línea]. Pontificia Universidad Javeriana. [citado septiembre 01, 2010]. Disponible en Internet: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0011%20Aspectos.PDF>

propuestas de intervención en el escenario de la ética, con el fin de contribuir a un clima ético favorable para el ejercicio profesional; es un importante aporte investigativo y social en el área de ética, sus resultados pueden ser utilizados como una herramienta para que las instituciones de salud generen estrategias que mejoren el clima ético en los servicios objeto de estudio, lo cual ha de redundar en mejoras en el cuidado que se presta.

1.4 Tema de Investigación

Clima ético hospitalario en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá-Colombia

1.5 Problema de investigación

¿Cuál es el clima ético hospitalario percibido por las enfermeras y enfermeros, en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud en Bogotá-Colombia, 2012?

1.6 Objetivos

1.6.1 Objetivo general

Describir el clima ético hospitalario percibido por las enfermeras y enfermeros, en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia 2012.

1.6.2 Objetivos específicos

Describir la percepción de las enfermeras y enfermeros del clima ético en su relación con los colegas, en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia 2012.

Describir la percepción de las enfermeras y enfermeros del clima ético en su relación con pacientes, en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia 2012.

Describir la percepción de las enfermeras y enfermeros del clima ético en su relación con personal administrativo (coordinador-jefe inmediato), en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia 2012.

Describir la percepción de las enfermeras y enfermeros del clima ético en su relación con el hospital, en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia 2012.

Describir la percepción de las enfermeras y enfermeros del clima ético en su relación con médicos, en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia 2012.

Describir la percepción de las enfermeras y enfermeros de los valores éticos: honestidad, responsabilidad y tolerancia en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia 2012.

Describir la percepción de las enfermeras y enfermeros del clima ético según las variables de caracterización estudiadas en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia 2012.

1.7 Propósito

Describir el clima ético hospitalario en UCI, según la percepción de las enfermeras/os, que laboran en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia, para que los resultados sean punto de referencia en la apropiación del conocimiento en la formación, en la aplicación de la reflexión ética en el ejercicio profesional y la revisión de estrategias organizacionales en el mejoramiento de los servicios de salud.

2. Marco teórico-conceptual

En este capítulo se relacionan algunas de las teorías de enfermería y teorías de la administración, consideradas pertinentes para este estudio y los conceptos claves para el desarrollo de este, los cuales son: desarrollo organizacional, cultura organizacional, clima organizacional y clima ético hospitalario, ética y algunas teorías éticas, las cuales se pueden entender como un argumento de utilidad, en el fundamento del clima ético en la organización de salud. También se mencionan algunos aspectos claves en la caracterización de UCI.

La forma como se presenta este marco teórico es para todo tipo de lector, no solo para especialistas en el área de la ética, se hace de lo general a lo particular, se inicia por la teoría de enfermería, ya que fue en la enfermería como la investigadora de este estudio conoce el tema y se continua con las teorías de la administración ya que quien ha sido formado en la teoría de la administración puede acercarse más fácilmente al estudio de la ética en la empresa, es necesario conocer cómo ha evolucionado el concepto.

2.1 Teoría de enfermería

Desde la mirada de la elaboración de una tesis de Maestría en Enfermería es necesario contemplar desde este punto de vista teorías de enfermería, sin que esto sea el sustento suficiente para la elaboración de la tesis. La mayoría de las teoristas en enfermería han desarrollado más sobre lo espiritual que sobre lo ético, ninguna de las teorías sustenta este trabajo en sí, faltan desarrollos en el eje temático y clima ético. No obstante la teoría de Ray⁴⁸ menciona algunos conceptos que aunque no surgen propiamente del estudio de clima ético pueden ser acuñados a este ya que se encuentra relación entre sus definiciones y la aplicabilidad al contexto de clima ético hospitalario.

2.1.1 Enfermería

Antes de abordar una teoría específica de enfermería, es importante definir enfermería, desde algunas perspectivas teóricas; existen múltiples definiciones de enfermería de

⁴⁸ RAY, Marilyn Anne. Teoría de la atención burocrática. En: MARRINER TOMEY, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías de enfermería. Madrid., Elsevier – Mosby, 2007.p. 124.

acuerdo a cada teorista, para este caso, se ha tomado la de Husted, por ser una de las pocas teoristas generadora de teoría en Ética disciplinar (Teoría Bioética Sinfonológica) y la de Ray con su teoría de la atención burocrática.

Husted, en su teoría define la enfermería como: “la enfermería actúa como agente del paciente, haciendo en todo momento a favor del paciente, lo que este haría por sí mismo si pudiese. La responsabilidad ética de la enfermera consiste en favorecer y reforzar las virtudes y habilidades del paciente que favorecen la salud, el bienestar y la vida a través de su interacción con él”⁴⁹.

Ray refiere que la enfermería es un cuidado holístico, relacional, espiritual y ético, que busca el bien propio y ajeno en complejas comunidades, organizaciones y culturas burocráticas. Por su naturaleza el cuidado es cultural y social⁵⁰.

2.1.2 Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray

La Teoría de la Atención Burocrática de Marilyn Anne Ray⁵¹, indica que múltiples entradas en el sistema están interconectadas con el cuidado en el conjunto de la cultura de la organización. En esta teoría Ray, compara las estructuras políticas, legales, económicas, educativas, fisiológicas, socioculturales y tecnológicas de los cuidados sanitarios con el orden explícito y el cuidado espiritual- ético con el orden implícito. Un ejemplo relacionado con los cuidados de salud se podría centrar en las decisiones de un gerente sobre la obtención de recursos para los cuidados de un cliente en su domicilio. A primera vista, las estructuras explícitas como el contrato legal de asistencia dirigida o las necesidades físicas del cliente, podría parecer que son una información suficiente. Sin embargo, a través de la relación asistencial del gerente del caso, con el cliente pueden surgir más aspectos complicados, como los valores y deseos del cliente. En realidad, la situación de todas las enfermeras incluye incontables pliegues y despliegues entre los órdenes explícitos e implícitos, y ambos son importantes en el proceso de toma de decisiones.

Afirmaciones teóricas de la teoría de la Atención Burocrática de Ray: Lo siguiente es extractado de la teoría de Ray⁵²

El significado del cuidado es muy diferente dependiendo de sus estructuras (socioculturales, educativas, políticas, económicas, físicas, tecnológicas, legales). Estos

⁴⁹ HUSTED, Gladys y HUSTED, James. Teoría Bioética Sinfonológica. En: MARRINER TOMEY, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías de enfermería. Madrid. Elsevier – Mosby, 2007, p. 590.

⁵⁰ Ibid., p. 124.

⁵¹ Ibid., p. 116.

⁵² Ibid., p. 121-125.

factores se encuentran en el entorno, en el ambiente, en la organización y por lo tanto permean el clima organizacional y el clima ético específicamente, la teoría sustantiva del cuidado diferencial, descubrió que el cuidado de enfermería es contextual y está influido por la estructura organizativa y la cultura (esta es la principal relación que se encuentra entre el clima ético y esta teoría). El significado del cuidado era distinto en el servicio de urgencias, en UCI, en oncología, y en otras áreas del hospital. El significado del cuidado estaba influido además por la función y el cargo que ocupa una persona. Por ejemplo, los pacientes expresaron principalmente la necesidad de un cuidado humanitario, mientras que las descripciones de los médicos se referían predominantemente a la esfera técnica. El significado del cuidado surgía como un hecho diferencial, porque no se identificó ninguna definición o significado claro del cuidado.

Conceptos principales y definiciones. A continuación los principales conceptos y definiciones de la teoría de Ray⁵³

El cuidado se define como un proceso relacional transcultural complejo asentado en un contexto ético y espiritual. Por tanto, el cuidado es la relación entre la caridad y la acción correcta, entre el amor como compasión en respuesta al sufrimiento y la necesidad y la justicia o la equidad en relación con lo que se debe hacer. El cuidado se produce en una cultura o en una sociedad, incluyendo la cultura personal, la cultura organizativa del hospital y la cultura de la sociedad y la global. Lo cual es congruente con el clima ético, ya que este está influido por estos factores.

Cuidado espiritual ético. La espiritualidad incluye la creatividad y la elección y se revela el apego, el amor y la comunidad. Los imperativos éticos del cuidado que se asocian al aspecto espiritual, se relacionan con las obligaciones morales para con los demás. Esto significa no tratar nunca a las personas simplemente como un medio para un fin en sí mismas, sino como seres que tienen la capacidad de tomar decisiones. El cuidado espiritual-ético en enfermería se centra en cómo se puede o se debe facilitar las elecciones para el bien de los demás.

Factores socioculturales. Son ejemplos de factores socioculturales, la etnicidad y la estructura familiar, la relación con los amigos y la familia, la comunicación, la interacción y el apoyo social, el conocimiento de las interrelaciones, la participación y la familiaridad, y, las estructuras de grupos culturales, comunidad y sociedad.

Factores legales. Los factores legales que se relacionan con el cuidado incluyen responsabilidad, reglas y principios que guían los comportamientos, como políticas y procedimientos, consentimiento informado, derecho a la privacidad, aspectos de mala praxis e imputabilidad, derechos del cliente, de su familia y de los profesionales, y la práctica de la medicina y la enfermería defensivas. Entonces si se equipara con el clima

⁵³Ibid., p. 121-122.

ético, se puede mencionar políticas organizacionales, protocolos de atención, derechos de los pacientes, códigos que rigen el ejercicio profesional (lo más cercano es la aplicación de valores y principios de las leyes 266/96 y 911/07 para enfermería).

Factores tecnológicos. Incluyen recursos no humanos, como la utilización de aparatos para mantener el bienestar fisiológico del paciente, pruebas diagnósticas, agentes farmacológicos, y el conocimiento y la habilidad necesarios para utilizar estos recursos. Para este estudio los factores tecnológicos son prevalentes ya que se realiza en UCI, lugares altamente tecnificados.

Factores económicos. Relacionados con el cuidado incluyen, dinero, presupuestos, sistemas seguros, limitaciones y directrices impuestas por la organización del cuidado dirigido y, en general, la designación de recursos humanos y materiales escasos para mantener la viabilidad económica de la organización. Se debe considerar el cuidado como un recurso interpersonal, así como los bienes el dinero y los servicios.

Factores políticos. Estos factores y la estructura de poder de la administración sanitaria influyen en como se ve la enfermería en la asistencia sanitaria, lo que incluye patrones de comunicación y toma de decisiones en la organización, las funciones y la estratificación por género en enfermeras, médicos y administradores, actividades sindicales como la negociación y la confrontación, las influencias del gobierno y de las compañías de seguros, la utilización del poder, el prestigio y el privilegio y, en general la competición por unos recursos humanos y materiales escasos.

2.1.3 Evaluación de la Teoría de la Atención Burocrática de Ray

Se realizó una evaluación la teoría de la Atención Burocrática de Ray, para justificar su elección para este estudio, teniendo en cuenta el modelo planteado por Fawcett y Garity⁵⁴.

Explicación de orígenes: en la escuela de enfermería de la Universidad de Colorado Ray conoció a Leininger. Mediante su tutoría Leininger influyó profundamente en la vida de Ray. Estudió organizaciones como pequeñas culturas, y su proyecto de investigación en la facultad, incluyó el estudio de un hospital infantil como una pequeña cultura. Siempre estuvo intrigada por el estudio de la enfermería como cultura, estudió antropología y salud en México. **Estudió el hospital como una cultura organizativa.** La tesis doctoral de Ray (1981) se relacionó con el estudio del cuidado en la compleja cultura organizativa del hospital. A partir de esta investigación surgió la teoría de la atención burocrática.

⁵⁴ FAWCETT, Jacqueline and GARITI, Joseph. Evaluation of middle range theories. In: Evaluating research for evidence-based nursing practice. Cap. 6, FA Davis. 2009. p. 73-88. Traducción realizada por: Juan David Cárdenas, 2010.

Utilidad social: la obra de Ray ha identificado la necesidad de una nueva ética reflexiva para la práctica clínica; la teoría de la atención burocrática apunta a que las organizaciones que promueven las elecciones éticas, el respeto y la confianza, se convertirán en las organizaciones de éxito en el futuro. Los profundos valores que subyacen en la elección de hacer el bien, para la mayoría se apreciará tanto adentro como afuera de las organizaciones, esto también es de aplicación actual al hablar de clima ético hospitalario, de clima ético y empresa, y la responsabilidad social.

Esta teoría se aplica a este estudio ya que centra el significado del cuidado dependiendo de sus estructuras (socioculturales, educativas, políticas, económicas, físicas, tecnológicas, y legales en un contexto determinado), Ray refiere que el cuidado de enfermería es contextual y está influido por la estructura organizativa y la cultura, y esto está íntimamente relacionado con el clima ético y con la percepción que los empleados tienen de este. Intenta averiguar cómo se puede o deben tomar decisiones justas que faciliten “la elección del bien común” y esa toma de decisiones conjuntas que faciliten el bien común, es un factor importante del clima ético organizacional.

2.2 Teorías de administración

La interrelación de las ciencias administrativas y de enfermería es un elemento de vital importancia al hablar de clima ético en la organización ya que las ciencias administrativas, presentan diferentes enfoques que en las organizaciones, pueden beneficiar los entornos laborales, organizando sistemáticamente los procesos y permitiendo un uso más eficaz de los recursos y mejores resultados.

Si los enfoques y procesos que aporta la administración se nutren con el conocimiento disciplinar, enfermería se verá beneficiada por su lugar en la organización, relación con colegas y con otros miembros del equipo de salud, y por una congruencia lógica entre principios y valores organizacionales y profesionales.

Teniendo en cuenta que este estudio se hace dentro del área temática Gerencia en salud y enfermería, se toman algunas teorías como antecedente importante para el estudio actual del clima ético como la teoría de las relaciones humanas, sin que se esté explicando que es el sustrato suficiente para el desarrollo de este trabajo.

2.2.1 Teoría de las Relaciones Humanas

A continuación se mencionan algunos aspectos importantes extractados de la lectura de la teoría de las relaciones humanas⁵⁵, los cuales se relacionan con el presente estudio.

⁵⁵ CHIAVENATO, Idalberto. Op. cit., p. 117.

Esta teoría fue la primera en destacar el interés en el estado de ánimo de los trabajadores en su desempeño en el trabajo y buscó conocer cómo se sentía la gente en la organización y cuáles eran sus actitudes ante esta y ante su trabajo; refiere que diferencias en la motivación de las personas conllevaban diferencias en el rendimiento en el trabajo (la responsabilidad y rendimiento en el trabajo tiene que ver con lo ético).

De esta teoría surge la necesidad de examinar factores de la vida organizacional, tales como el tipo de supervisión, la relación entre actitudes, conducta y el rendimiento en el trabajo, por lo cual cobra importancia actual al hablar de clima ético organizacional.

En esta teoría se destaca que, “mientras la eficiencia material aumentó, la capacidad humana para el trabajo colectivo no mantuvo el mismo ritmo de desarrollo, la solución a este problema no puede darse solo mediante el retorno de las formas tradicionales de la organización sino que debe haber una concepción de las relaciones humanas en el trabajo”⁵⁶.

Esta teoría reporta que “los cambios tecnológicos tienden constantemente a romper los lazos informales de camaradería y amistad dentro del trabajo a privar al trabajador del espíritu gregario, mientras es responsable de su producción”⁵⁷. Un aspecto importante para este estudio, es que al ser realizado en unidades de cuidado intensivo se relaciona íntimamente con la tecnología, ya que estas unidades son lugares donde hay tecnología de punta y se da mayoritariamente la tecnificación en el cuidado, posiblemente si se da esa privación del espíritu gregario sea un factor que en la actualidad se pueda relacionar con la percepción del clima ético.

“La civilización industrializada origina la desintegración de los grupos primarios de la sociedad, como la familia, los grupos informales y la religión, mientras que la fábrica surgirá como una nueva unidad social que proporcionará un nuevo hogar, un sitio para la comprensión y la seguridad emocional de los individuos”⁵⁸.

El trabajo de Elton Mayo buscó demostrar que el problema de baja moral y baja eficiencia se reduce a la dificultad de saber cómo pueden consolidarse los grupos y cómo aumentar la colaboración, lo cual se puede relacionar con la importancia que tiene para el clima ético el colegaje, y la relación que se percibe con otros profesionales como médicos y jefes.

⁵⁶Ibid

⁵⁷Ibid

⁵⁸Ibid

Esta teoría introduce nuevas variables en el diccionario de la administración: “la integración social y el comportamiento social de los trabajadores, las necesidades psicológicas y sociales y la atención a nuevas formas de recompensas y sanciones no materiales, el despertar de las relaciones humanas dentro de las organizaciones, el énfasis de los aspectos emocionales e inconscientes del comportamiento de las personas, y la importancia del contenido de los cargos y tareas para las personas que los desempeñan y las ejecutan, respectivamente”⁵⁹.

Tabla 0-1: Comparación entre la teoría clásica y teoría de las relaciones humanas

TEORÍA CLÁSICA	TEORÍA DE LAS RELACIONES HUMANAS
<ul style="list-style-type: none"> -Estudia la organización como una máquina. -Hace énfasis en las tareas o en la tecnología. -Se inspira en sistemas de ingeniería. -Autoridad centralizada. -Líneas claras de autoridad. -Especialización y competencia técnica. -Acentuada división del trabajo. -Confianza reglas y reglamentos. -Clara separación entre línea y staff. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estudia la organización como grupos de personas. -Hace énfasis en las personas. -Se inspira en sistemas de psicología. -Delegación plena de autoridad. -Autonomía del trabajador. -Confianza y apertura. -Énfasis en las relaciones humanas entre los empleados. -Confianza en las personas. -Dinámica grupal e interpersonal.

TOMADO DE: CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la teoría general de la administración. Bogotá: Mc. Graw Hill. 1999, p. 134.

Para concluir esta afirmación es pertinente al hablar de clima ético “Es indispensable conciliar y armonizar las dos funciones básicas de la organización industrial: la función económica (producir bienes o servicios para garantizar el equilibrio externo) y la función social (brindar satisfacciones a los participantes para garantizar el equilibrio interno)”⁶⁰

2.2.2 Teoría situacional ó de contingencias

Esta teoría es la primera que pone énfasis en lo que es la relación organización-ambiente, asume que el ambiente genera recursos y oportunidades y al mismo tiempo limitaciones y amenazas aspectos que hacen parte de la estrategia organizacional. El enfoque situacional o contingente destaca que la eficacia organizacional no se alcanza siguiendo un modelo organizacional único y exclusivo. El propósito de alcanzar los objetivos diversos de las organizaciones también es bastante variado; así pues “la teoría

⁵⁹Ibid

⁶⁰Ibid

de contingencias hace énfasis en que no hay nada absoluto en las organizaciones ni en la teoría administrativa: todo es relativo y siempre depende de algún factor”⁶¹.

La teoría de contingencias nació a partir de una serie de investigaciones llevadas a cabo por Robert Drazin, Andrew H. van de Ven, Lawrence, Lorsh y Henry Mintzberg para verificar cuáles son los modelos estructurales organizacionales más eficaces en determinados tipos de empresas y refiere que la estructura de una organización y su funcionamiento está relacionado con el ambiente externo. Esta teoría es importante para este estudio ya que describe la interacción entre organización y ambiente, hace énfasis en el ambiente y en las exigencias ambientales sobre la dinámica organizacional⁶².

De acuerdo con esta teoría las organizaciones, las personas y las situaciones están en constante cambio, se relacionan una serie de variables en un ambiente interno y externo, crítico y complejo. Las variables que más impactan en la práctica administrativa son: “el tamaño de la organización, la edad de la organización, la adaptación al ambiente, las tareas, las personas, las estrategias y la tecnología usada; por lo tanto la teoría acepta que no existe una única manera de administrar”⁶³.

La teoría situacional tiene en cuenta el diseño de la organización que es la estructura de la empresa, por tanto, la estructura debe ser flexible y aplicable al ambiente si se tiene presente la existencia de los continuos cambios, cobra relevancia la capacidad de adaptación. En cuanto a este estudio es sabido que factores del ambiente interno y externo influyen la estructura organizacional y como tal una aproximación a lo que hoy se comprende como clima ético.

2.2.3 Teoría del Desarrollo Organizacional (DO)

El movimiento de desarrollo organizacional (DO) “surgió a partir de 1962, no como resultado de trabajo de un autor único, sino como un complejo conjunto de ideas, respecto del hombre, la organización y el ambiente orientado a propiciar el crecimiento y desarrollo según sus potencialidades. En sentido estricto, el DO es un desdoblamiento práctico y operacional de la teoría del comportamiento hacia el enfoque sistémico. No es una teoría administrativa propiamente dicha, sino un movimiento que congrega varios autores que buscan aplicar las ciencias del comportamiento (en especial la teoría del comportamiento) a la administración”⁶⁴.

⁶¹ CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la teoría general de la administración. Bogotá: Mc. Graw Hill. 1999, p. 790.

⁶² PINTO, Juan de J et al. Ajuste, estructura y ambiente como factores claves en la teoría de contingencias [en línea]. En: Estudios gerenciales. Julio - Septiembre de 2003 Universidad ICESI, no. 88, p. 67-83. [consultado mayo 16, 2012] Disponible en Internet: <http://dspace.icesi.edu.co/dspace/bitstream/10906/309/1/jpinto-nsoto-agutierrez-lcatillo-ajuste.pdf>

⁶³ Ibid.

El DO es una continuación de la teoría de las relaciones humanas, y es acá donde se ve el enlace que hay en las diferentes teorías que se han mencionado hasta el momento como la de Elton Mayo, y que se prolonga hasta la teoría del comportamiento. Los diversos modelos del DO consideran básicamente 4 variables⁶⁵:

-El ambiente, que se centra en aspectos como turbulencia ambiental, auge del conocimiento, la tecnología y las comunicaciones e impacto de esos cambios sobre las instituciones y los valores sociales.

-La organización, que toma en cuenta el impacto de la turbulencia ambiental y las características necesarias de dinamismo y flexibilidad organizacional, para sobrevivir en un ambiente dinámico y cambiante donde surgen nuevas tecnologías, nuevos valores sociales, nuevas expectativas y donde los productos tienen vida más corta.

-El grupo social, que considera aspectos del liderazgo, comunicación, relaciones interpersonales, conflictos.

-El individuo, que destaca las motivaciones, actitudes, necesidades.

El concepto de DO, se halla íntimamente ligado a los conceptos de “cambio y capacidad adaptativa de la organización al cambio, se sustenta en conceptos dinámicos como: nuevo concepto de organización; **cultura organizacional**; cambio; desarrollo; fases de la organización y críticas a las estructuras tradicionales”⁶⁶.

De la lectura del DO, se entiende que para esta es de gran importancia los valores humanistas, y que para el desarrollo de una organización es indispensable el desarrollo de las personas que la constituyen, es importante que los empleados se sientan reconocidos por su trabajo, esto incide en que el producto de su labor sea mejor, traducido a un ambiente hospitalario mayor satisfacción del paciente. Las condiciones organizacionales que favorecen un desarrollo profesional, reconocen las cualidades y capacidades de sus empleados son aspectos importantes del clima ético.

⁶⁴ CHIAVENATO, Idalberto. Op. cit., p. 627.

⁶⁵ Ibid., p. 627

⁶⁶ Ibid., p. 627

2.3 Cultura organizacional

Todo pueblo tiene su propia cultura. De la misma manera, toda organización tiene la suya. Se denomina “cultura organizacional” ⁶⁷, al modo de vida propio que cada organización desarrolla en sus miembros. La cultura organizacional es un conjunto de valores, creencias, tradiciones y modos de ejecutar las tareas que, de manera consciente o inconsciente, cada organización adopta y acumula con el tiempo y que condiciona fuertemente el pensamiento y comportamiento de sus miembros. Estas creencias y expectativas producen reglas de comportamiento que configuran el comportamiento de los grupos y las personas dentro de la organización. La cultura organizacional es la forma aceptada y estable de interacciones y relaciones sociales características de cada organización.

La cultura organizacional es la manera tradicional y habitual de pensar, sentir y actuar ante las situaciones que afronta la organización. Para la organización, valores son todos aquellos elementos que ella estima en alto grado y que predominan sobre otros al tomar decisiones, solucionar conflictos o ejecutar las tareas. Para la organización ha de ser importante lograr que los valores organizacionales sean compartidos por los miembros de la organización, ya que esto de alguna manera sirve como una guía para el logro de objetivos e identidad con la organización.

Toda organización comienza siendo un pequeño grupo y en su evolución continúa funcionando alrededor de la interacción de otros pequeños grupos que se gestan posteriormente en su seno. “Los grupos pueden formarse sobre la base de la proximidad física, de un destino compartido, de una profesión común, de una experiencia común de trabajo, de una raíz étnica similar, o de un rango similar (como trabajadores o directivos). Desde que un grupo tiene un pasado, tiene una cultura”, dice Schein⁶⁸.

Edgar H. Schein⁶⁹ en su libro relativo al liderazgo y la cultura empresarial, mantiene el elemento grupo como determinante y piedra clave en la evolución de la cultura en una organización: “Es necesario, en suma, comprender la formación de la cultura en los pequeños grupos para poder llegar a entender la manera en que se desarrolla la cultura en la empresa mayor a través de las subculturas de los pequeños grupos y la interacción de estos en el seno de la empresa.”

⁶⁷ Ibid., p. 636.

⁶⁸ SCHEIN, Edgar H. Organizational culture and leadership. Citado por: SÁNCHEZ QUIRÓS, Isabel. Hacia unos valores culturales más eficaces: el papel de la estrategia en la consecución de mejores resultados Universidad Complutense De Madrid. En: Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa, 23 de enero de 2009, vol. 15 no. 2, p. 159-182.

⁶⁹ SCHEIN, Edgar H. Op. cit., p. 159-182.

2.4 Clima organizacional

Además de la cultura organizacional los autores del DO hacen énfasis en el clima organizacional, el cual constituye el medio interno de una organización y su atmósfera psicológica particular. El clima organizacional está íntimamente ligado a la moral y la satisfacción de las necesidades humanas de sus miembros. El clima puede ser saludable o malsano, cálido o frío, negativo o positivo, satisfactorio o insatisfactorio, dependiendo como se sientan los participantes con respecto a la organización. El problema en la conceptualización del clima organizacional reside en el hecho de que las personas lo perciben de diferentes formas, puede haber más o menos sensibilidad con respecto a diferentes aspectos de ese clima. El clima está constituido por “aquellas características que distinguen la organización de otras organizaciones, e influyen en el comportamiento de las personas de la organización”. El concepto clima organizacional comprende diversos factores como tipo de organización, todos ellos constituyen los factores estructurales, además de las actitudes y formas de comportamiento social estimuladas o reprimidas (que constituyen los factores sociales)⁷⁰.

Olson⁷¹ lo define como la personalidad de una organización. Cuando los empleados comparten percepciones comunes que emergen en una interacción en el lugar de trabajo sus actitudes y comportamientos se ven influidos.

Al hablar de clima organizacional, se puede hacer su equivalencia a cultura organizacional, la cual se define como: serie de entendidos importantes, como normas, valores, actitudes y creencias, compartidos por los miembros de la organización⁷².

Para Olson⁷³ las organizaciones hospitalarias tienen muchos tipos de clima; dependiendo de los focos estratégicos que puedan tener acceso, por ejemplo una organización con un clima de servicio, una organización con un ambiente seguro, una organización con un clima ético. Un clima ético organizacional puede ser evaluado midiendo la percepción del empleado de las prácticas organizacionales que reflejan cómo son resueltas las decisiones que tienen contenido ético; la presencia de condiciones organizacionales que permitan a los empleados comprometerse en reflexiones éticas.

⁷⁰ CHIAVENATO, Idalberto. Op. cit., p. 637.

⁷¹ OLSON, Linda. Op. cit, p. 345–349.

⁷² STONER, James A.F. Administración. México: Prentice Hall Hispanoamericana. 1996, p. 198.

⁷³ OLSON, Linda. Op. cit, p. 345–349.

2.5 Clima ético

Según Linda Olson⁷⁴, el clima ético puede ser visto como un juego de prácticas institucionales; es evaluado por la medición de cómo las decisiones que tienen un contenido ético son tomadas, o la presencia de las condiciones organizacionales que permiten a los empleados hacer una reflexión ética, o ambos. Esto incluye la opción para discrepar entre ellos, la inclusión de aquellos con un interés en las decisiones, acceso a la información para tomar decisiones basadas en la información, y la motivación hacia el cuestionamiento y el debate.

Según Víctor y Cullen⁷⁵ el clima ético se define como las percepciones compartidas de la conducta éticamente correcta y cómo deben resolverse los problemas éticos. La moralidad y las cuestiones éticas surgen cuando una persona con libre albedrío realiza cierta actividad o acción que genera un impacto.

Los psicólogos sociales y los eticistas⁷⁶ han visto que hay una correlación claramente positiva entre comportamiento ético aceptable y fuerza del clima ético de la empresa. O, a la inversa hay correlación negativa entre gravedad de faltas éticas y fuerza del clima ético empresarial.

Puede definirse el clima o la atmósfera ética como las percepciones prevalentes y generalizadas que reciben los miembros de la empresa, respecto a las señales organizacionales que se emiten por parte de la gerencia en relación a los criterios o procedimientos prácticos o teóricos que se utilizan para⁷⁷:

- Formular intenciones (o propósitos) éticos de la organización
- Establecer las consecuencias que se deriven de las acciones incorrectas
- Respetar los contratos o acuerdos
- Determinar la distribución de cargas y responsabilidades
- Implementar los procedimientos de equidad y decisión moral.

⁷⁴ Ibid.

⁷⁵ CULLEN, John B.; VICTOR, Bart and STEPHENS, Carol. An ethical weather report: assessing the organization's ethical climate. In: *Organizational Dynamics*. Citado por: CIRILLO JOBIM, Cynthia Maria and COUTINHO DE ARRUDA, Maria Cecilia. Ethical climate in companies: relationship between position and work time in the organization. São Paulo: Fundação Getulio Vargas – São Paulo Rua Itapeva. 2002.

⁷⁶ FRANÇA TARRAGÓ, Omar. Op. cit., p. 1-13.

⁷⁷ Ibid.

2.5.1 Tipos de clima ético

Se ha descrito tres tipos de climas éticos⁷⁸, según cuál sea la teoría ética dominante en la organización.

Clima "emotivista" sería el dominado por una ética individualista, donde las consecuencias se consideran valiosas o no, según los intereses del individuo que tiene que tomar la decisión.

Clima "utilitarista" sería aquel que tiende a considerar la utilidad para la mayoría de los involucrados, asumiendo una actitud pragmática en la fundamentación de esa mayoría beneficiada.

Clima "deontológico" sería aquel que se basa en imperativos éticos universalmente válidos incrustados en derechos humanos inalienables.

El clima ético favorecerá o no el interés del individuo por aclarar si determinadas conductas que están en el límite entre lo ético y lo no ético, son consideradas válidas en la organización, o no. Si está en un clima emotivista no se considerará motivado a analizar las consecuencias éticas de su conducta para otros involucrados. Si el clima es utilitarista, sólo se preguntará por los involucrados en la empresa. Si está en un clima deontologista, se preguntará por bienes más allá de su propia organización⁷⁹

Las teorías éticas a que hacen referencia estos tipos de climas éticos son: la del emotivismo ético, esta teoría fue desarrollada principalmente por el filósofo estadounidense Charles Leslie Stevenson y el británico Alfred Jules Ayer; la del utilitarismo, la cual fue propuesta por Jeremy Bentham y su seguidor John Stuart Mill y la teoría ética deontológica, cuyo principal representante es Kant. Estas teorías se ampliarán más adelante.

2.6 Ética y empresa

A continuación se aborda primero el concepto de ética y posterior se hace referencia a ética y empresa.

⁷⁸ BARNETT, Tim y VAICYS, Cheryl. The moderating effect of individuals' perceptions of ethical work climate on ethical judgements and behavioral intentions. In: journal of business ethics. 2000, vol. 27 no. 4, p. 351-362.

⁷⁹ Ibid.

Ética: la ética, tiene diversas enunciaciones, pero una sola esencia, en primer lugar ética proviene del griego ethos: carácter, costumbre. Se conoce también como filosofía moral, el ethos era para los griegos el modo de ser o el modo de existencia individual; por consiguiente era la búsqueda de una buena manera de ser. Idea que se mantiene todavía en una de las definiciones actuales de la ética como *“una concepción coherente y personal de la vida”*⁸⁰

Según la definición que da Johnstone⁸¹, refiere que en el campo de la filosofía moral, la ética se entiende como un sistema de principios guiados por la acción y reglas, las cuales funcionan especificando los tipos de conductas permitidas, requeridas (obligatorios) y prohibidas (nunca permitidas). Teniendo en cuenta a Fry⁸², la ética tiene dos perspectivas una personal y una pública, y dentro de esta última estaría la tan importante ética profesional. La ética personal entendida como ese grupo de valores morales que cada uno de nosotros elige para vivir y guiar la vida e interrelaciones y la ética profesional tal como lo refiere Johnstone⁸³: son aquellos estándares y comportamientos esperados de miembros de un grupo profesional, los cuales se prescriben en el código de ética de la profesión. Tanto la ética personal como la profesional, están íntimamente ligadas y ese actuar bien o mal, siempre está atado a ese conjunto de valores que se lleven desde lo personal y se enriquecen en lo profesional.

Desde otra perspectiva se entiende la ética, filosóficamente como aquella que se ocupa del actuar bien e incluye, además, a la filosofía política, y esto ya la hace compleja, por las dimensiones históricas que se deben considerar y por la pluralidad de filosofías y opiniones que comprende. El pensamiento ético es propio del ser humano e implica un movimiento reflexivo, una crítica constante que toma en consideración el contexto, la época o estado de las cosas en el ambiente donde se encuentra inmerso⁸⁴.

Fry expone que la ética tiene diversos significados, todos relacionados con los principios que rigen la conducta o comportamiento de la persona. La palabra ética también puede referirse al tipo de indagación, reflexión filosófica que nos ayuda a comprender la dimensión moral de la conducta humana. En este sentido la ética examina lo que se debe o no debe hacer, o lo que es un comportamiento humano bueno o malo⁸⁵.

⁸⁰ FLORIAN, Víctor. Diccionario de filosofía. Bogotá: editorial panamericana. 2002, p. 113.

⁸¹ JOHNSTONE, Megan. Nursing and the injustices of the law. Sydney: WB Saunders/Bailliere Tindall, 1994. Citado por: FRY, Sara. Ética en la práctica de Enfermería, Una guía para la toma de decisiones éticas. 3a. ed. México: Manual Moderno. 2008, p. 15.

⁸² FRY, Sara. Ética en la práctica de Enfermería, Una guía para la toma de decisiones éticas. 3a. ed. México: Manual Moderno. 2008, p. 15.

⁸³ JOHNSTONE, Megan. Op. cit., p. 16.

⁸⁴ UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Facultad de Enfermería. En: Hipertexto Ética y Bioética. Unidad 1: Conceptualización de Ética y Bioética. I semestre 2010. Bogotá: Maestría en enfermería.

⁸⁵ FRY, Sara. Op. cit., p. 20.

La ética es aquella reflexión racional que los hombres estamos llamados a hacer en torno a nuestro actuar, en la cual influyen valores, creencias, cultura y contexto, y esta reflexión debe guiar un actuar justo, tal como se refirió anteriormente “una concepción coherente y personal de la vida”.

La ética de la empresa “es un tipo de saber que ayuda a quienes trabajan en la empresa a tomar decisiones prudentes y justas fundamentadas en valores morales. Acá se unen dos líneas en el campo de la ética que a lo largo de la historia han ido tomando fuerza: la línea de la prudencia y la línea de la justicia. Las decisiones prudentes están muy relacionadas con el tema de la ética de la responsabilidad; las decisiones justas tienen que ver con la adquisición de un cierto nivel moral en una sociedad determinada y marca también el nivel de conciencia moral en el que tiene que estar la empresa. Estas decisiones prudentes y justas se toman contando con valores morales. Por eso, para que una empresa está alta de moral-en el sentido de Ortega, tendrían que atenerse a determinados factores o niveles”⁸⁶.

El primero tomaría en consideración fundamentalmente que la empresa es una organización expresiva de una actividad (la empresarial), no solo es un conjunto de organizaciones o instituciones, sino un modo de hacer, porque la riqueza humana consiste en que haya muchas actividades, cada una de las cuales tiene su propia lógica. Si la empresa se desvirtúa entonces se pierde riqueza humana. Como la empresa produce bienes para una sociedad, lo cual tiene repercusiones públicas, también deben ser legitimadas socialmente.

De acuerdo a Cortina y Conill⁸⁷ una actividad humana que no legitima su existencia socialmente es ilegítima y la sociedad tiene derecho a pedir que cese su actividad. En ese sentido, la empresa es una actividad que cobra legitimidad social por perseguir determinados bienes, con respecto a las cuales tiene que hacer elecciones prudentes; por lo tanto, es importante recordar que lo primero que tiene que fijar una empresa son sus metas. Cuando se elaboran los códigos éticos de la empresa la primera tarea es señalar cuáles son sus metas y objetivos; un código ético debe ser una filosofía de la empresa que define cuál es la meta de dicha empresa, qué persigue con su actividad, lo importante es saber su meta empresarial para poder adaptarse y ser creíble.

En segundo lugar Cortina y Conill⁸⁸, refieren la toma de decisiones prudentes que trata de alcanzar la meta y la determinación de cuáles son los valores específicos del mundo empresarial. Se habla del desarrollo de hábitos buenos de todos los implicados en la

⁸⁶ CORTINA, Adela y CONILL, Jesús. Democracia participativa y sociedad civil. Una ética empresarial. Santafé de Bogotá: Fundación social. Siglo del Hombre Editores. 1998, p. 40-45.

⁸⁷ Ibid

⁸⁸ Ibid., p.40-45.

actividad empresarial (virtudes). “Las empresas excelentes, quienes son capaces de ir por encima de la media, en esa búsqueda de la meta de la empresa, son las virtuosas”.

Si la empresa no cumple su meta de satisfacer necesidades humanas con calidad, la sociedad tiene el derecho de reclamárselo, además de mecanismos como el mercado, la libre competencia, la búsqueda del beneficio, pero la búsqueda de beneficio y el afán de lucro no puede ser el único interés de la empresa.

Por otro lado existe una directa relación con la responsabilidad social que debe asumir la empresa que, conforme el nuevo concepto que de aquélla aporta Peter Drucker, le exige a ésta convertirse en “guardián de la conciencia de la sociedad y en factor esencial de solución de sus problemas”. Lo que no “se explica por un sentimiento de hostilidad a la empresa. Por lo contrario, el éxito del sistema empresarial es el factor que conduce a expectativas nuevas... La exigencia de la responsabilidad es en medida considerable el precio del éxito”⁸⁹.

La falta de credibilidad de los gobiernos respecto de su capacidad de resolver los problemas sociales, ha incentivado esta exigencia, al buscar la gente un cambio de liderazgo hacia las empresas y si bien, como afirma Drucker “corremos el riesgo de que la responsabilidad social socave el desempeño económico y de rebote perjudique a toda la sociedad”⁹⁰, ello no implica que la empresa deba esquivar esa responsabilidad, sino que debe administrarla en el marco de la ética, creando en la misma medida en que crea valor para los accionistas – valor para el mercado, para la supervivencia, para el fisco y fundamentalmente, valor ético traducido en principios de vida y cohesión social, principios que conformen la raíz constitutiva de su cultura organizacional y de su fuerza competitiva.

Cuando las empresas priorizan la creación de valor para los accionistas, con los ojos puestos en los resultados, los costos y la supervivencia, se instala en ellas un tipo de comportamiento fundamentalista que endiosa la figura de los mercados y rechaza toda forma de control social. “En estos casos, hay una racionalidad excluyente (la basada en la ganancia) que se expresa diciendo que la misión de la empresa es la de producir bienes, servir a los clientes y luchar para ser mejores y aunque desde el mundo exterior se critique su inmoralidad y su falsa ética, ello no afecta el modo de hacer negocios, porque el exterior es también parte de un contexto competitivo sujeto a críticas”⁹¹

⁸⁹ DRUCKER, Peter F. La Gerencia – Tareas, Responsabilidades y prácticas. Ed. El Ateneo. 2001, p. 363.

⁹⁰ Ibid.

⁹¹ ETKIN, Jorge. La empresa competitiva grandeza y decadencia. Santiago de Chile: Mc. Graw Hill. 1996, p. 92.

Estos procesos de degradación aparecen también en las organizaciones por cuestiones que tienen que ver con "... los usos del poder (que corrompe), la falta de justicia, los problemas culturales (como los tabúes y la ignorancia) y el pragmatismo o la ausencia de valores"⁹². Ello refleja una dura realidad económica y social, con fuerzas desiguales que luchan por hacerse de recursos escasos, en un contexto competitivo en el que los mercados se encargan de hacer desaparecer a los menos aptos. Lo que resulta claro, es que cada empresa tiene su propio ethos según su conformación y sus integrantes, así como cada una de sus áreas van construyendo su ethos de acuerdo a sus características y personas que la conforman.

2.7 Teorías éticas

2.7.1 Teoría ética emotivista: Emotivismo moral

Es la teoría ética según la cual el fundamento de la experiencia moral no se encuentra en la razón sino en el sentimiento que las acciones y cualidades que las personas despiertan en nosotros. El emotivismo moral⁹³, se opone al intelectualismo moral, que afirma que la condición necesaria y suficiente para la conducta moral es el conocimiento; por ejemplo, que para ser buenos es necesario y suficiente el conocimiento de la bondad. Esta teoría parece contraria a las ideas corrientes pues para la mayoría de las personas se puede ser malo conociendo qué es lo que se ha de hacer.

De acuerdo a lo referido por Echegoyen⁹⁴, el emotivismo moral destaca la importancia de la esfera de los sentimientos y las emociones en la vida moral. Hume en su obra "Investigación sobre los principios de la moral", presenta las tesis básicas del emotivismo moral y señala que la razón tiene una aportación notable en la alabanza moral: las cualidades o las acciones que se alaban son aquellas relacionadas con la utilidad, pero los fines últimos de las acciones humanas no dependen de la razón sino del sentimiento. Lo que se desea por sí no lo dicta la razón sino el sentimiento y el afecto humano, el placer y el dolor. Dado que la virtud se quiere por sí misma, tiene que ocurrir que se quiera porque despierta un sentimiento. Y es ese sentimiento, y no la razón, el que provoca que se quiera por sí misma. Hay dos esferas en la subjetividad:

La esfera de la razón: está a la base del conocimiento del mundo, de la verdad, enseña los medios para alcanzar los fines de las acciones; pero es la esfera del gusto la base de la experiencia moral y la estética; da el sentimiento de belleza y virtud o lo contrario; crea rasgos en las cosas: "embelleciendo y tiñendo todos los objetos naturales con los colores

⁹² Ibid., p. 93.

⁹³ ECHEGOYEN OLLETA, Javier. Filosofía medieval y moderna. Hume. En: Historia de la Filosofía. Vol. 2. Madrid: Editorial Edinumen. 1996. 96 p.

⁹⁴ Ibid.

que toma del sentimiento interno, origina, en cierto modo, una nueva creación”⁹⁵; se convierte en motivo de acción, y en el resorte o impulso para el deseo.

2.7.2 Teoría ética utilitarista

“El utilitarismo, como teoría ética, se propone desde Bentham medir la racionalidad de las acciones humanas basándose, no en posibles valores intrínsecos a ellas, sino en las consecuencias que de ellas se siguen. Pero lo importante no es que sea preciso atender a las consecuencias, cosa que hoy día hacen todas las éticas existentes, sino que el criterio para medirlas sea la utilidad que reportan al mayor número posible de seres. En el utilitarismo se expresa de forma paradigmática la racionalidad calculadora, la razón mesológica, que calcula cuáles son los medios más oportunos para alcanzar un fin sobre el que nada hay que discutir porque se da por supuesto: aumentar el placer y disminuir el dolor”⁹⁶.

El término “utilitarismo”⁹⁷ se debe a que Bentham llamó utilidad a la “propiedad de cualquier objeto de producir beneficio, ventaja, placer o felicidad”. La utilidad es considerada como valor supremo y norma de conducta a la que está sometido cualquier otro deber, norma o valor. El significado de las expresiones valorativas sólo puede entenderse en este contexto: un juicio moral es un juicio acerca de la felicidad; y una acción es buena en la medida en que conduzca a la felicidad de la colectividad (la felicidad es entendida como “bienestar” o satisfacción de necesidades). En este sentido, afirmar que “X es bueno” equivale a decir que “X produce bienestar”.

2.7.3 Teoría ética deontológica

Las teorías éticas deontológicas⁹⁸, son aquellas que tratan de determinar qué es lo correcto o el deber (en griego, deón). No proporcionan criterios acerca de cómo lograr una vida feliz, porque lo importante es obrar conforme a deberes exigidos por la existencia de principios dictados por la razón (como la ética kantiana) o por la existencia de derechos (naturales y/o fundamentales) producidos mediante consenso o contrato social (como en las éticas de los derechos). La estructura de las normas será “Todos/as deben hacer (incondicionalmente) X”. Por tanto, el deber justifica las normas morales. En este tipo de éticas lo importante no son los resultados o consecuencias que se derivan de dichos principios y derechos, sino la correcta fundamentación de los mismos. Lo

⁹⁵ Ibid.

⁹⁶ CORTINA, Adela. Ética del consumo [en línea]. En: Claves de razón práctica. Noviembre 1999, no. 97 [consultado diciembre 10, 2010] Disponible en Internet: http://claves.progesa.es/pdf/1999/Claves_097.pdf#page=34

⁹⁷ GUISÁN, Esperanza. Introducción a la ética. Cátedra. Madrid. 1995. Citado por: VARÓ PERAL, Àngels. Algunas teorías éticas occidentales. [en línea]. [Consultado marzo 10, 2012] Disponible en Internet: <http://www.nodo50.org/filosofem/IMG/pdf/etica4c.pdf>

⁹⁸ Ibid.

relevante es el procedimiento mediante el que se alcanzan principios y normas o, dicho de otro modo, lo importante es determinar qué condiciones se requieren para que una norma pueda ser considerada “norma moral”. El procedimiento que establecen viene a ser el siguiente: si una regla de conducta puede ser considerada como deber universal, entonces puede considerarse también como una norma moral legítima.

Ambos tipos de teorías éticas coinciden en la defensa de la igualdad, la libertad o del respeto a la democracia, la razón por la que asumen tal defensa no es irrelevante ni carece de consecuencias importantes. Quien acepta la igualdad entre los seres humanos como un principio fundamental inviolable, con independencia de las consecuencias que de su aceptación se sigan, puede fácilmente derivar hacia tendencias absolutistas que impongan el igualitarismo con menosprecio de las voluntades de los individuos concretos, sus deseos y el bienestar personal, particular y colectivo. En cambio, si se acepta que el principio de la igualdad no es inviolable sino que está sujeto a la noción de bienestar, no cabe la posibilidad de “un déspota benévolo” que fuese infinitamente sabio, justo y bondadoso, porque privaría a las personas de la autonomía, la libertad y la autodeterminación, elementos imprescindibles de la noción de bienestar”⁹⁹. Su máxima expresión es el código de ética.

2.7.4 Teoría ética comunicativa

Esta teoría cobra importancia para este proyecto, ya que se habla del valor del lenguaje humano como vehículo destinado a la búsqueda del entendimiento entre sujetos racionales, que favorece o no la comunicación, la concertación, los acuerdos, cuando la comunicación falla hay problemas en el clima ético. El lenguaje es un aspecto clave que puede orientar hacia la articulación de formas culturales y modos de vivir beneficia la comprensión de lo racional hecho realidad en contextos de la vida cotidiana. Y como ya se mencionó, en la organización hay formas culturales, una cultura organizacional.

En la teoría ética comunicativa¹⁰⁰, el más remoto antecedente de la teoría Habermasiana relativa a la racionalidad y a la acción comunicativa se encuentra en Sócrates, filósofo griego de la antigüedad. Esta teoría se fundamenta en el funcionamiento de la razón humana, qué razones tengo para hacer algo, pero siempre planteada la pregunta en el plano colectivo para encontrar una racionalidad universal que se base en el consenso de razones individuales. No se habla de contrato sino de un acuerdo cooperativo y solidario. Esta teoría afirma que frente a concepciones individuales relativas a la moralidad de actos humanos surge la posibilidad de intercambiar puntos de vista mediante la comunicación a que nos impele el lenguaje, (instrumento éste de nuestra razón) y situación de gran valor al hablar de clima ético. “El lenguaje dice Guillermo Hoyos -

⁹⁹ Ibid.

¹⁰⁰ GONZÁLEZ, José María y OCAMPO, Rodrigo. Ética: la ética comunicativa [en línea]. Universidad del Valle. 2003, p. 61-106. [consultado noviembre 1, 2010] Disponible en Internet: http://objetos.univalle.edu.co/files/La_etica_comunicativa.pdf

desnaturaliza y desdogmatiza nuestros propios puntos de vista en la confrontación con los demás”¹⁰¹.

En esta teoría se habla de una razón comunicativa que surge en procesos de la vida cotidiana concreta (como en la organización), el valor del lenguaje humano para lograr el entendimiento entre los diferentes individuos que comparten situaciones similares que viven un momento histórico, que comparten determinadas circunstancias de vida.

2.7.5 Teoría de la ética civil

Teniendo en cuenta que la ética civil marca el nivel ético de una sociedad y la sensibilidad moral que impulsa a la humanidad en un momento histórico determinado, siendo ese mínimo moral aceptado y obviamente compartido, cobra relevancia en la cultura organizacional, al existir esos mínimos éticos que la organización y los miembros de la organización, deben compartir y aceptar y esto obviamente hace parte del clima ético organizacional.

“La ética civil es el conjunto moral mínimo aceptado por una determinada sociedad, señala una instancia normativa social, indica el grado de maduración ética de una sociedad, apunta hacia un ideal ético universal capaz de acoger a todos los hombres de una época determinada; la ética civil marca el nivel ético de una sociedad y la sensibilidad moral que impulsa a la humanidad en un momento histórico determinado”¹⁰². Según el punto de vista de Aristóteles, “la ética civil no presenta ninguna unidad, sino una pluralidad de cosmovisiones, concepciones del hombre, del mundo y la felicidad; se comparten únicamente una serie de valores y de orientaciones morales que se deducen o concluyen de dicha diversidad de modelos de la “vida buena””¹⁰³.

La ética civil “Incorpora no sólo los elementos fundamentales capaces de ser compartidos o consensuados por todos, sino los aptos para vivir plenamente un estilo de vida humano definido, según un proyecto de vida tendiente a la realización y la felicidad. La reflexión de la ética civil se alimenta de las grandes tradiciones morales, de las corrientes de pensamiento y de las instancias éticas de la humanidad. Dentro de las grandes fuentes de sentido y de orientación moral y de valores están las tradiciones

¹⁰¹ HOYOS V, Guillermo. Elementos filosóficos para la comprensión de una política de ciencia y tecnología. Colombia el despertar de la modernidad – Seminario de la Universidad Nacional sobre la política de la ciencia y la tecnología. 1989. Citado por: GONZÁLEZ, José María y OCAMPO, Rodrigo. Ética: la ética comunicativa Op. cit., p. 61-106.

¹⁰² INSTITUTO TECNOLÓGICO AUTÓNOMO DE MÉXICO (ITAM). La ética civil [en línea]. En: Estudios, filosofía, historia letras. 1995. [Consultado diciembre 10, 2010] Disponible en Internet: http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/letras42/textos2/sec_2.html

¹⁰³ Ibid.

religiosas. La religión, constituye una de las grandes corrientes que alimenta la ética civil. Claro que no sin ambigüedades y problemas, como se sabe por la historia”¹⁰⁴.

Una ética civil para el ciudadano contemporáneo deber poder orientarse según tres formulaciones básicas de principios¹⁰⁵:

- La cuestión esencial de los derechos y libertades del ciudadano.
- La necesidad de un principio de tolerancia.
- La exigencia de solidaridad en la ciudad (en sentido amplio: como reconstrucción del vínculo societario).

De acuerdo a Vélez “el punto de partida de toda ética ciudadana en las sociedades democráticas de hoy, es la atinente a la formulación de los derechos y libertades fundamentales del ciudadano, en su doble faz de libertades cívicas y libertades políticas... La Libertad de Conciencia es el fundamento de una Ética Civil en las sociedades democráticas modernas. Stuart Mill centró en ella la prioridad de las Libertades Cívicas para el ciudadano, es en ella y en las Libertades asociadas a ella, donde enraíza la esencia de la libertad del individuo como persona... El individuo como ciudadano sólo podrá llegar en el uso de sus libertades, hasta donde el perjuicio para los otros sea la consecuencia de la actualización de sus acciones libres”¹⁰⁶.

2.7.6 Teoría ética del cuidado

La ética del cuidado de acuerdo a Alvarado “es la disciplina que se ocupa de las acciones responsables y de las relaciones morales entre las personas, y que tienen como fin último lograr el cuidado de sus semejantes o el suyo propio. La ética del cuidado tiene que ver con situaciones reales, tan reales como las necesidades ajenas, el deseo de evitar el daño, la circunstancia de ser responsable de otro, tener que proteger, atender a alguien. La moralidad como compromiso deriva precisamente de la certeza de que el bienestar, e incluso la supervivencia, requieren algo más que autonomía y justicia: el reconocimiento y cumplimiento de derechos y deberes”¹⁰⁷.

Su origen se da en investigaciones en psicología para describir el desarrollo moral de las personas, Piaget (1932) y Kohlberg (1981-1984), al describir el proceso y las etapas del

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ VÉLEZ VÉLEZ, Marco Antonio. Reflexiones de la ética civil en Colombia [en línea]. En: Universidad de Antioquia. Facultad de ciencias sociales y humanas. Centro de estudios de opinión, p. 1-13. [consultado noviembre 1, 2010]. Disponible en Internet: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1505/1161>

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ ALVARADO GARCIA, Alejandra. La ética del cuidado. En: Revista Aquichan. Universidad de la Sabana. Octubre 2004, vol. 4 no. 4, p. 30–39. ISSN 1657-5997.

desarrollo moral excluyeron a las mujeres, y “concluyen que ellas tenían menos desarrollo moral que los hombres. Por el contrario En 1982, Carol Gilligan refuta esa conclusión, a partir de estudios realizados con mujeres en los que exploró la identidad y el desarrollo moral en los primeros años del adulto, el pensamiento acerca de la moral y la toma de decisiones, la relación entre la experiencia, el pensamiento y el papel del conflicto en el desarrollo. Pone de manifiesto que el desarrollo moral de las mujeres es diferente al de los hombres, pero igualmente valioso”¹⁰⁸. De acuerdo a los resultados de Gilligan las mujeres emplean estrategias diferentes en la toma de decisiones, su juicio moral sigue una secuencia, en la cual primero se trata de la sobrevivencia, luego de la benevolencia y por último de la comprensión reflexiva del cuidado para la resolución de conflictos. Esas diferencias pueden ser también correlacionadas con la percepción de clima ético, en la que algunos estudios al respecto mencionan diferencias de género.

A partir de la teoría de Gilligan, en 1984 la filósofa Noddings combinó el reconocimiento de la ética con perspectivas sobre el desarrollo moral de la mujer, y centró sus ideas en el valor de los cuidados y la actitud solícita, que encontramos desde el momento del nacimiento, cuando somos totalmente dependientes del cuidado de los demás. Estos estudios marcan el desarrollo de la ética del cuidado¹⁰⁹. Lo referido acá es de relevancia para este estudio, ya que enfermería como profesión ha sido históricamente ejercida en su mayoría por mujeres, además Gilligan hace énfasis en el principio de la justicia (todas las personas deben ser tratadas por igual) tan importante en la reflexión ética y en el clima ético.

Según refiere Garzón “en la ética del cuidado se tiene en cuenta la situación individual y promueve el valor de las acciones de cooperación al brindar los cuidados para atender las necesidades de las personas. Todos los seres humanos cuidan, a algo o alguien que represente algo valioso. Pero el cuidado ético involucra una relación de contacto moral entre dos personas, no se guía solamente por principios éticos, sino por el poder del ideal del mismo de la solicitud, entendiendo la solicitud como una forma de relación con otros que denota interés en la manera como el otro experimenta su mundo, se expresa a veces en un comportamiento que protege la persona, preserva la salud, promueve el bienestar, respeta la dignidad de la persona, en ciertas relaciones la solicitud constituye un deber, una obligación como la que ocurre en madre-hijo”¹¹⁰.

La ética del cuidado tal como lo refiere Tealdi¹¹¹, supuso en el campo de la salud su oposición a otra clase de ética centrada en la curación y replanteo la ética hipocrática ante la muerte. El papel del médico y su moralidad con foco en la función curativa, se

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Ibid.

¹¹⁰ GARZÓN, Nelly. Ética en el cuidado de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

¹¹¹ TEALDI, Juan Carlos. Fundamentos de una ética del cuidado [material no publicado]. Escuela Latinoamericana de Bioética, Gonnet, Argentina, 1992.

opuso a la función del cuidado propio de las enfermeras. La ética del cuidado hace un llamado no solo a curar sino a detectar las necesidades del ser humano, como un ser integral e íntegro, digno, y poseedor de derechos, a entender su mundo y de esta manera cuidar.

2.8 Unidad de Cuidado Intensivo

Teniendo en cuenta que este estudio se desarrolla en Unidades de Cuidado Intensivo, a continuación se describen algunas características que pueden ser de utilidad para contextualizar los hallazgos.

De acuerdo a Padilla, “a inicios de la década de los años 50 con el desarrollo de técnicas como hemodiálisis, ventilación mecánica, monitorización hemodinámica, entre otros se logró reducir la mortalidad por causas que antes eran fatales”¹¹², esta tecnología es la que se encuentra en las UCI, y es una de las razones por las cuales en estas unidades se hallan los pacientes más críticos, y es en estas unidades donde los profesionales requieren mayor grado de especialización. Al respecto Pallares, refiere “las UCI han experimentado avances inimaginables en el campo científico-tecnológico que las han convertido en servicios eficientes e imprescindibles para la práctica médica actual”¹¹³ en estas unidades se encuentra la más alta tecnología que pueda disponer la institución, tanto en equipos médicos, como farmacológicos y más importante aún personal especializado y estrictamente entrenado.

La UCI es un lugar importante para las instituciones de salud, los pacientes y la sociedad; es una oportunidad de vida para los pacientes, para los profesionales y la comunidad científica son espacios que presentan la posibilidad de aplicar el conocimiento científico y de generar nuevo conocimiento en pro de la salud de los usuarios, y es allí donde se movilizan muchos recursos de toda índole, hay elevados costos ya que requiere siempre tecnología de punta y adiestramiento de todo su personal, es allí donde se pueden encontrar diversas técnicas para prolongar la vida, lo que trae consigo “implicaciones médicas, legales, económicas y éticas...”¹¹⁴

Toda persona que ha pasado por una UCI sea como trabajador de la salud o como paciente adquiere una percepción particular de estos lugares, una de esas percepciones

¹¹² PADILLA, Dolly y SILVA, Patricia. Dilema y toma de decisiones éticas del profesional de enfermería en Unidades de Cuidado Intensivo. *En*: Revista Actualizaciones en Enfermería. Fundación Santa Fe de Bogotá. junio 2007, vol. 10 no. 2, p. 20-25.

¹¹³ PALLARES, Ángela. El mundo de las Unidades de Cuidados Intensivos: la última frontera. Tarragona, 2003. Tesis. Doctorado Universitat Rovira I Virgili. Facultat de letres. Departament de antropologia, filosofia. y treball social. 2003. 222 p. Disponible en Internet: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8436/Pallares.pdf?sequence=1>

¹¹⁴ PADILLA, Dolly y SILVA, Patricia. Op. cit., p. 20-25.

es que son lugares altamente tecnológicos. Para esta caracterización se ha tenido en cuenta a Pallares quien en su estudio titulado “el mundo de las unidades de cuidados intensivos: la última frontera”¹¹⁵, evidencia varias particularidades de estas unidades.

Refiere Pallares que “el lugar que ocupa la enfermería en estos servicios es esencial. Son las encargadas y responsables del mantenimiento de la unidad e interactúan constantemente con los enfermos; son estas profesionales quienes están más próximas a ellos y a sus familias por lo que conocen mejor sus necesidades, dificultades o miedos y actúan en muchas ocasiones como mediadoras entre los médicos y las familias, son las que sustentan todas las infraestructuras de la UCI, al soportar la mayoría de cargas de trabajo durante las 24 horas del día” este es un dato muy interesante para este estudio ya que la percepción del clima ético se va a medir específicamente a las enfermeras y enfermeros de estas unidades.

Las UCI generalmente están aisladas del resto de la institución, es decir son una estructura a puerta cerrada “un lugar especial”, y para su ingreso se requiere de autorización, el ingreso es restringido por la situación del paciente y la característica misma del servicio no es pertinente el ingreso de un volumen alto de personas.

La infraestructura general en una UCI es una cama articulada, monitor individual con varias funciones y con conexión a la monitorización central (que generalmente está en la central denominada enfermería), accesorios de monitorización coronaria, traductores de presión y otros equipos similares, sistemas de aspiración de secreciones y hay un amplio manejo de dispositivos invasivos como sondas vesicales, catéteres periféricos, catéteres centrales, circuito ventilatorio. Se dispone entre 5 y 20 camas de acuerdo a la capacidad instalada de cada institución.

El personal que trabaja en estas unidades tiene una característica predominante y es la capacitación y el dominio de las técnicas, ya sea para el manejo de los diversos equipos que allí hay y obviamente para su interpretación, los médicos que allí están son especialistas y las enfermeras aunque no sean especialistas si requieren de un entrenamiento específico. “Este adiestramiento, provoca en los especialistas comportamientos muy exigentes...incremento de la tecnificación de la medicina que adquiere su máxima implantación en estos servicios”¹¹⁶, todos los profesionales que están en estos servicios requieren de constante estudio y actualización, de no ser así no podrían desempeñar adecuadamente sus funciones y el fin último que es la salud del paciente se vería afectada.

Toda la tecnología que en estos lugares se encuentra permite que con solo mirar el monitor se tenga un informe del estado de salud de un paciente, el mismo monitor se

¹¹⁵ PALLARES, Ángela. Op. cit., p. 180.

¹¹⁶ Ibid

encarga de avisar si algo está mal. Esto puede llegar a tener implicaciones en el contacto directo con el paciente, por la gran tecnificación que hay en el cuidado.

“Debe tenerse en cuenta que, según los propios intensivistas, en este tipo de unidades el objetivo fundamental es el diagnóstico y tratamiento de los enfermos en situación crítica. Es decir enfermos con riesgo actual o potencial de sufrir complicaciones que pongan en peligro su vida y que el proceso que padece sea potencialmente reversible” ¹¹⁷

En estas unidades se presenta con frecuencia eventos de urgencia vital, que requieren de un equipo de salud coordinado y actualizado con el adiestramiento necesario para responder a estos eventos, para que esto se dé, las relaciones interpersonales y la comunicación son pilares fundamentales que están inmersos en el clima ético, la reflexión ética es de vital importancia en el quehacer en una UCI, porque a pesar que los pacientes tienen el derecho a decidir, no siempre lo pueden hacer “en todo el ámbito hospitalario asistencial tiene gran importancia la figura jurídica de consentimiento informado, el cual acredita al paciente el derecho a decidir sobre su propio cuerpo avalando de paso su autonomía personal. La ley lo ha convertido en obligatorio en todos los procedimientos médicos excepto en los de urgencia vital, tan frecuentes en UCI” ¹¹⁸. Estas características hacen que las UCI tengan un lugar de importancia en las instituciones de salud, implica gran movilización de recursos, menores limitaciones presupuestales y una alta tecnificación en el cuidado, comprende unas características de adiestramiento del personal, y por las condiciones de gravedad de los pacientes diversas situaciones éticas, implica trabajo interdisciplinar y por lo tanto amplia coordinación, basado en el acceso y manejo de la información para el logro de una asertiva comunicación.

¹¹⁷ Ibid

¹¹⁸ Ibid

3. Marco del diseño

En este capítulo se presenta el diseño del estudio, los riesgos, el universo, la población, la muestra, los criterios de inclusión de los participantes, el instrumento, recolección y el marco de análisis; también se nombran las consideraciones ético- legales y limitantes del estudio.

3.1 Diseño de la investigación

Esta investigación es cuantitativa, descriptiva de corte transversal.

El enfoque es cuantitativo, ya que según Polit, en este enfoque, se parte ordenada y sistemáticamente de la definición de un problema y la selección de conceptos, pasa por el diseño del estudio y la colecta de información y llega a la solución del problema¹¹⁹.

La investigación descriptiva es un tipo de estudio no experimental cuyo principal objetivo es observar, describir y documentar aspectos de una situación que ocurre de manera natural y algunas veces proporciona el punto de partida para la generación de hipótesis o el desarrollo de la teoría lo cual es coherente con el objetivo de este estudio: describir el clima ético hospitalario percibido por los profesionales de Enfermería, en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá-Colombia¹²⁰.

Para complementar lo referido anteriormente, se precisa que este estudio de acuerdo a los criterios utilizados en los diseños de investigación es¹²¹:

¹¹⁹ POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5a. ed. México: Mc Graw Hill - Interamericana. 1997. p. 12.

¹²⁰ Ibid., p. 190.

¹²¹ OLIVEROS, Henry. Manual de investigación Biomédica Clínica. Bogotá: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Hospital Universitario Clínica San Rafael. 2004, p. 40.

Según la manipulación: estudio observacional o no experimental, el investigador se limita a identificar y cuantificar los factores asociados y no manipula el factor de estudio.

Según el desarrollo en el tiempo: transversal, es decir que se va a observar y analizar un proceso en un momento determinado, no hay seguimiento del hecho observado; por lo tanto este diseño solo puede informar de la simultaneidad de dos o más factores o condiciones, pero no puede demostrar la relación de causalidad.

Según la finalidad: descriptivo, este estudio detalla las características de los fenómenos, permite conocer los problemas o necesidades existentes y siempre corresponden a estudios de tipo observacional.

3.2 Variables del diseño y su descripción

Se circunscriben alrededor de la Percepción del Clima Ético, la cual se operacionaliza a través del instrumento sobre la Percepción de las Enfermeras del Clima Ético Hospitalario. (ECEH), diseñado por la Dra. Linda Olson, el cual está compuesto por cinco factores (médicos, pacientes, gerentes (personal administrativo), compañeros y el hospital) y un nuevo factor (valores éticos) agregado por Muñoz Olga et al¹²². Estos factores se consideran indicadores del clima ético organizacional.

Para esta investigación las variables de caracterización persona, tiempo y lugar demográficas básicas son edad, UCI donde labora, género, tiempo de experiencia, nivel de formación, salario, tiempo que lleva laborando en la institución.

Descripción de variables

Edad: Variable cuantitativa discreta, su unidad de medida será en años; nivel de medición es de razón; con esta variable se va a hacer una distribución de frecuencias (unidimensional) y tabla de contingencia (bidimensional) con la variable de Percepción de Clima Ético Hospitalario. Medidas básicas a utilizar serán de tendencia central y dispersión.

UCI donde labora: es una variable discreta, nivel de medición es nominal; con esta variable se va a hacer una distribución de frecuencias (unidimensional) y tabla de contingencia (bidimensional) con la variable de Percepción de Clima Ético Hospitalario. Medidas básicas a utilizar serán conteos y porcentajes.

¹²² MUÑOZ, Olga, et al. Op. cit., p. 35.

Género: es una variable discreta, nivel de medición es nominal; con esta variable se va a hacer una distribución de frecuencias (unidimensional) y tabla de contingencia (bidimensional) con la variable de Percepción de Clima Ético Hospitalario. Medidas básicas a utilizar serán conteos y porcentajes. Se categoriza como 0 para hombres y 1 para mujeres.

Género	Categoría
Hombre	0
Mujer	1

Tiempo de experiencia: Variable cuantitativa discreta, su unidad de medida será en años, nivel de medición de razón; con esta variable se va a hacer una distribución de frecuencias (unidimensional) y tabla de contingencia (bidimensional) con la variable de Percepción de Clima Ético Hospitalario. Medidas básicas a utilizar serán de tendencia central y dispersión

Nivel de formación: es una variable discreta, nivel de medición es ordinal; con esta variable se va a hacer una distribución de frecuencias (unidimensional) y tabla de contingencia (bidimensional) con la variable de Percepción de Clima Ético Hospitalario. Medidas básicas a utilizar serán conteos y porcentajes. La cual se categoriza:

Nivel de formación	Categoría
Pregrado	1
Especialización	2
Maestría	3
Doctorado	4

Salario: Variable cuantitativa, continua, su unidad de medida será en peso colombianos(\$), nivel de medición es de razón; con esta variable se va a hacer una distribución de frecuencias (unidimensional) y tabla de contingencia (bidimensional) con la variable de Percepción de Clima Ético Hospitalario. Medidas básicas a utilizar serán de tendencia central y dispersión.

Tiempo que lleva laborando en este Hospital: : Variable cuantitativa discreta, su unidad de medida será en años, nivel de medición es de razón; con esta variable se va a hacer una distribución de frecuencias (unidimensional) y tabla de contingencia (bidimensional) con la variable de Percepción de Clima Ético Hospitalario. Medidas básicas a utilizar serán de tendencia central y dispersión.

Percepción de clima ético hospitalario: Variable discreta, su unidad de medida será punto, nivel de medición es de intervalo; con esta variable se va a hacer una distribución de frecuencias (unidimensional) y tabla de contingencia (bidimensional) con las variables

de caracterización persona, tiempo y lugar. Medidas básicas a utilizar serán de tendencia central y dispersión. La cual se valora con el instrumento (Percepción de las Enfermeras del Clima Ético Hospitalario. (ECEH)).

Del ítem 1 al 40 el nivel de medición es ordinal; con esta variable se va a hacer una distribución de frecuencias (unidimensional) y tabla de contingencia (bidimensional) con las variables de caracterización persona, tiempo y lugar. Medidas básicas a utilizar serán de conteos y porcentajes.

Del ítem 1 al 26 se miden relaciones y del 27 al 40 valores, el nivel de medición es de intervalo; con esta variable se va a hacer una distribución de frecuencias (unidimensional) y tabla de contingencia (bidimensional) con las variables de caracterización persona, tiempo y lugar. Medidas básicas a utilizar serán de tendencia central y dispersión.

3.3 Riesgos del diseño

La validez: un método para evaluar la idoneidad de los mecanismos de control de investigación y del diseño en general es evaluar la validez interna y externa. Hay factores que amenazan la validez interna, como: Historia: tiene que ver con acontecimientos externos concurrentes; maduración: se refiere a los procesos que experimentan los sujetos durante el estudio como resultado del transcurso del tiempo, por ejemplo madurez emocional, fatiga y otros semejantes¹²³.

El fenómeno de estudio que es la percepción del clima ético organizacional, se hará en un periodo de tiempo determinado, pero la percepción es un evento que se ha dado a lo largo del tiempo (el tiempo que la persona ha laborado en la institución), en esto influye el recuerdo de las situaciones vividas y qué tanto tiempo lleven laborando en la institución, además de situaciones emocionales de relevancia, que puedan estar experimentando los sujetos objeto del estudio, aquí se puede estar hablando de factores de historia y madurez, que pueden afectar la validez del estudio.

Estos riesgos se minimizan garantizando la privacidad en el momento de dar respuesta al instrumento y garantizando la confidencialidad de la información, la posibilidad de responder el cuestionario lejos de factores que generen estrés y la fatiga que se puede dar en el trabajo.

¹²³ POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Op. cit., p. 221.

3.4 Población y muestra

Población. El instrumento se aplica a todos los profesionales de Enfermería que trabajan en las UCI de las instituciones de salud seleccionadas, ubicadas en la ciudad de Bogotá, Colombia.

Muestra. No hay muestra, se trabaja con el total de la población.

3.5 Características de la población

Ser Enfermera (o) profesional: con título universitario de una entidad acreditada por el gobierno.

Laborar en UCI; las y los profesionales, que laboran en esta área, normalmente, tienen un periodo de inducción formal en este servicio.

Tener mínimo tres meses de antigüedad en la institución y específicamente en la UCI; ya que el fenómeno de estudio que es la percepción del clima ético organizacional, se hará en un periodo de tiempo determinado, pero la percepción es un evento que se ha dado a lo largo del tiempo (el tiempo que la persona ha laborado en la institución), en esto influye el recuerdo de las situaciones vividas y que tanto tiempo lleven laborando en la institución, una persona que acaba de ingresar a la institución, puede no tener una percepción clara del clima ético organizacional.

3.6 Criterios de exclusión

Participantes que no llenen en su totalidad el instrumento.

3.7 Instrumento

Instrumento sobre la Percepción de las Enfermeras del Clima Ético Hospitalario. (ECEH), diseñado por Linda Olson.

El desarrollo de (ECEH) ¹²⁴, fue basado en un análisis de los conceptos del clima ético en las organizaciones de salud, en la revisión de la literatura de la ética en enfermería y en investigaciones sobre la experiencia de la práctica administrativa en enfermería.

¹²⁴GUTIÉRREZ LÓPEZ, Carolina. Op. cit., p. 30-134.

Los ítems de la encuesta sobre la ética en el clima organizacional fueron observados en la práctica que comprende clima ético. Los 74 ítems de la encuesta inicial fueron organizados de acuerdo a las condiciones éticas y las relaciones de las enfermeras hospitalarias con su sitio de trabajo, colegas, pacientes, coordinadores, médicos y el hospital. Los ítems fueron medidos en la escala de likert de 5 puntos, que va desde 1= casi nunca y 5= siempre.

Las fuentes para los numerales de este instrumento se dan por estudios de ética empresarial y de enfermería, los cuales han sido manejados con las creencias éticas, la influencia del medio ambiente y los comportamientos que lleva a cabo el empleado.

La integración de la auditoria fue de 43 ítems los cuales se organizaron en cinco factores que representan prácticas organizacionales, estos se tomaron como indicadores del clima ético organizacional. La segunda parte del instrumento incluyo datos demográficos: el género, edad, educación, años de experiencia, área de práctica clínica, raza, religión, tiempo en el hospital, actual posición y los conocimientos relacionados con la ética. La página final incluyó unos espacios para los comentarios, el nombre, dirección y el e-mail del investigador.

El modelo final consistió en 26 ítems de 5 factores organizados de acuerdo a la relación de colegas, pacientes, coordinadores, hospital y médicos. Las percepciones de las enfermeras del clima ético en los hospitales, se puede clasificar en 5 dimensiones: relación entre colegas, relación de la enfermera y el cuidado del paciente, relación de enfermería y coordinadores de enfermería, relación de enfermería y políticas hospitalarias y relación de enfermería con otros profesionales, estas 26 variables agrupadas en 5 factores organizados de acuerdo con las relaciones de las enfermeras con sus colegas (4 ítems), los pacientes (4 ítems), los administradores/gerentes (6 ítems), el hospital (6 ítems) y los médicos (6 ítems). El alpha de Cronbach del instrumento total fue de 0.91 considerándose la validez y confiabilidad del instrumento aceptables.

En el caso Colombiano en particular, en el año 2.000 Gutiérrez, realizó un estudio basado en el trabajo publicado por Olson, al cual aplicó pruebas psicométricas de validez y confiabilidad en el contexto colombiano, cuyos resultados señalaron que el instrumento tiene un alto criterio de validez aparente, validez de contenido y consistencia interna con un Alpha de Cronbach de 0.89.

En relación con el ajuste de las preguntas del cuestionario de Olson que revisó Gutiérrez¹²⁵, y de acuerdo con sus sugerencias, en la investigación de Muñoz et al¹²⁶, se

¹²⁵GUTIÉRREZ LÓPEZ, Carolina. Op. cit., p. 30-134.

¹²⁶MUÑOZ, Olga, et al. Op. cit., p. 35.

modificaron 17 de las 25 preguntas elaboradas. Posteriormente se elaboraron las preguntas relacionadas con los valores éticos de honestidad, responsabilidad y tolerancia (considerados relevantes para el sistema de salud colombiano a juicio de los investigadores) esta modificación se hizo porque el análisis de los ítems del instrumento original se refiere básicamente a relaciones interpersonales y los investigadores consideran que la ética no se puede reducir solo a esto y cobra importancia los valores, al aplicar el instrumento con expertos en la medición psicométrica se encuentran que son estos valores (honestidad, responsabilidad y tolerancia) los que mayormente se hallaron (hallazgos adicionales) en la aplicación del instrumento, es decir no se escogieron se encontraron al hacer medición psicométrica.

El cuestionario entonces quedó conformado por 40 afirmaciones con una escala de respuesta de 1 a 4, siendo 1 = Nunca, 2 = Algunas veces, 3 = Con frecuencia y 4 = Siempre. Se usó el Alpha de Cronbach para verificar la confiabilidad de las 40 afirmaciones, obteniéndose una correlación de 0.894 para el cuestionario total. El Alpha de Cronbach para las afirmaciones de Olson fue de 0.86 y de 0.74 entre las nuevas afirmaciones¹²⁷.

Corregido el instrumento a partir de los hallazgos de la prueba piloto se realizó el análisis de la confiabilidad global del cuestionario con 40 ítems, se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.94 entre todas las afirmaciones. El alpha de Cronbach total (40 ítems) fue de 0.94. Al analizar por aparte los 14 ítems relacionados con valores, se obtuvo un alpha de Cronbach de 0.87 y de 0.92 para los 26 ítems del instrumento de Olson¹²⁸.

Para medir la validez de constructo se hizo un análisis factorial. Los primeros 8 factores obtenidos explicaron el 60.22% de la varianza. El grupo analizó los contenidos de los ítems agrupados en cada factor y lo rotuló de acuerdo con el concepto teórico. Así, los ítems de las 8 categorías se agruparon en 7 factores: el respaldo (sentido por los clientes internos de la institución), el reconocimiento del paciente como sujeto de derechos, la confianza, la responsabilidad, el compañerismo, el respeto y la comunicación¹²⁹.

Para este estudio se indaga sobre datos de caracterización: el género, edad, nivel de educación, años de experiencia, tiempo que lleva en el hospital y en la UCI, salario mensual, tipo de UCI donde labora.

De acuerdo con lo referido anteriormente y con las asesorías recibidas en psicometría y estadística en la Universidad Nacional de Colombia, el instrumento goza de validez y

¹²⁷ Ibid

¹²⁸ Ibid

¹²⁹ Ibid

confiabilidad, para el contexto Colombiano, por lo cual no hay necesidad de reevaluar estos conceptos.

3.8 Recolección de los datos

Previo a la recolección de los datos, se hizo el proceso para lograr el aval institucional, aprobación por comité técnico y de ética de los hospitales.

Al obtener el aval y realizar el proceso de inducción que solicitaron las instituciones, se hizo una presentación con coordinadores de las cuatro UCI y con las enfermeras y enfermeros que laboran en estas unidades, se dio a conocer objetivos de la investigación a cada uno de los participantes, ya que no se logró una reunión general con todo el grupo, en ese primer encuentro se pactaba el horario que más les favorecía para la aplicación del instrumento, y ellos manifestaban su voluntad o no de participar en el estudio.

En general las personas que accedieron a participar y firmaron el consentimiento informado, respondieron el instrumento al finalizar el turno laboral, o antes de empezar, hubo algunas que prefirieron llevarlo a sus hogares y responderlo allá, el cual se recogía al día siguiente, en tres ocasiones las enfermeras prefirieron dar respuesta en la unidad durante su horario de trabajo, ya que habían dos enfermeras en la unidad y una cubría en tanto la otra daba respuesta al instrumento. Ellas permitieron el ingreso a la unidad con todos los elementos de bioseguridad y daban respuesta al instrumento en la central de enfermería. Cuatro de las enfermeras y enfermeros de estas unidades no accedieron a participar en el estudio.

3.9 Marco de análisis

Para esta investigación se utilizó Microsoft Excel 2007 y SPSS versión 15 se realizó un análisis descriptivo de las variables ([ver descripción de variables](#)) y tabla de variables, la cual se muestra a continuación.

Tabla 3-1: Tabla de variables

				RESUMEN ESTADÍSTICO		
VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDIMENSIONAL	BIDIMENSIONAL	MEDIDAS BÁSICAS
Edad	Año	Discreta	de Razón	Distribución de frecuencias	Tabla de contingencia	Tendencia central y dispersión
UCI donde labora	NA*	Discreta	Nominal	Distribución de frecuencias	Tabla de contingencia	Conteos y porcentajes
Género	NA*	Discreta	Nominal	Distribución de frecuencias	Tabla de contingencia	Conteos y porcentajes
Tiempo de experiencia	Año	Discreta	de Razón	Distribución de frecuencias	Tabla de contingencia	Tendencia central y dispersión
Nivel de formación	NA*	Discreta	Ordinal	Distribución de frecuencias	Tabla de contingencia	Conteos y porcentajes
Salario	Peso Colombiano	Continua	de Razón	Distribución de frecuencias	Tabla de contingencia	Tendencia central y dispersión
Tiempo que lleva laborando en la institución	Año	Discreta	de Razón	Distribución de frecuencias	Tabla de contingencia	Tendencia central y dispersión
(ECEH)	Punto	Discreta	Intervalo	Distribución de frecuencias	Tabla de contingencia	Tendencia central y dispersión
ITEM 1 a ITEM 40	Punto	Discreta	Ordinal	Distribución de frecuencias	Tabla de contingencia	Conteos y porcentajes
Relaciones	Punto	Discreta	Intervalo	Distribución de frecuencias	Tabla de contingencia	Tendencia central y dispersión
Valores	Punto	Discreta	Intervalo	Distribución de frecuencias	Tabla de contingencia	Tendencia central y dispersión

NA* No aplica

3.10 Consideraciones éticas

Para dar inicio a la investigación se solicitaron los permisos institucionales con el personal administrativo pertinente, y personal integrante de comité de ética y técnico institucionales. Se entregó copia del proyecto a las instituciones (los permisos no se anexan para respetar la confidencialidad que se debe garantizar a las instituciones participantes). Al obtener el permiso institucional, se hizo una aproximación con el personal de enfermería del las UCI, en busca de apoyo para la ejecución del estudio, informando el propósito y los beneficios esperados. Se hizo hincapié en el anonimato, el derecho a la privacidad y el que tienen a abandonar el estudio si así lo quisieran. La información del estudio estuvo en un lugar seguro, al cual solo tuvo acceso la investigadora, y no fue compartida con terceros. La autorización de los participantes se hizo a través del consentimiento informado. [Ver anexo B]

Al terminar el estudio se socializarán los resultados, y se harán públicos a la comunidad educativa, manteniendo la confidencialidad. Se realizará un artículo y someterá a aprobación de una revista indexada.

Se tuvo en cuenta las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud¹³⁰.

Según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993¹³¹, refiere que una Investigación sin riesgo: “Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”. De acuerdo a lo anterior, el estudio realizado es sin riesgo, ya que es de tipo descriptivo, el cual no provoca daño, o lesión vital, ni sufrimiento psicológico, se mantuvo el derecho a la privacidad, confidencialidad, a retirarse del estudio cuando lo deseen y al anonimato, siendo esto también de gran relevancia de acuerdo a la resolución 8430 del 1993, la cual refiere que esto es necesario para evitar que los resultados de la investigación sean utilizados en perjuicio de los individuos participantes, aspectos que se han de tener en cuenta en la investigación con grupos subordinados, como este estudio, ya que estamos hablando de empleados (trabajadores enfermeras (ros)).

¹³⁰ CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, Ginebra. 2002.

¹³¹ COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, Revisada 2002, por la cual se establecen las normas éticas para la investigación en salud [en línea]. Los profesionales del exterior, deben revisar las normas de investigación de sus respectivos países. Bogotá: El Ministerio. 1993, p. 1-12.

No obstante, y a pesar de lo que referido en el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, toda investigación tiene un riesgo mínimo; para esta investigación, el evocar vivencias, puede despertar sentimientos negativos, (situaciones laborales difíciles, relaciones complicadas con colegas, o jefes o médicos); estos riesgos se minimizan garantizando la privacidad en el momento de recolección de la muestra y garantizando la confidencialidad de la información, y generando la posibilidad de responder el cuestionario en un lugar tranquilo, lejos de factores que generen estrés y la fatiga propia del lugar de trabajo.

Como ya se mencionó previo al inicio de la investigación fue indispensable que las instituciones de salud autorizaran el estudio, posterior a esto se hizo el acercamiento con las enfermeras y enfermeros, las cuales dieron su consentimiento informado, por escrito. Según la resolución 8430¹³², en una investigación sin riesgo, el consentimiento puede ser verbal, pero para esta investigación el consentimiento fue por escrito, teniendo en cuenta que en toda investigación existe un riesgo, aunque sea mínimo.

La eticidad de una investigación no sólo depende del cumplimiento de algunas normas o principios éticos, como respetar la autonomía de la persona o de la rigurosidad deontológica en la metodología empleada, sino además de otros elementos igualmente importantes que deben estar situados en un contexto más amplio, como responder verdaderamente a necesidades reales de la humanidad, que los beneficios obtenidos alcancen el máximo de personas, que exista relación entre el costo-beneficio, entre otros aspectos¹³³.

Como lo refiere Diego Gracia¹³⁴, la ética de la investigación debe articular un criterio importante: la beneficencia, en el sentido de riesgo-beneficio, es decir, que al momento de investigar, los riesgos no pueden ni deben ser mayores a los beneficios esperados. Además, como lo expresa el Tribunal Internacional de Nuremberg de 1947 “el riesgo tomado, no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de resolver el experimento”. Así mismo, la declaración de Helsinki modificada por última vez en 1989, declara que es indispensable realizar una valoración minuciosa de los riesgos versus los beneficios y siempre el interés del individuo debe prevalecer sobre la ciencia y la sociedad. En el presente estudio se tuvo en cuenta las normas legales y éticas para la investigación con seres humanos en el país, se conservó la honradez intelectual, manejo de la información, manteniendo estricta confidencialidad y respeto a la propiedad intelectual.

Se hará la socialización de resultados en un evento académico, de relevancia nacional para la profesión, y se someterá a la aprobación de una revista indexada, se realizará la

¹³² COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993. Op. cit., p. 1-12.

¹³³ FRAILE DUVICQ, Carmen Gloria. Op. cit., p. 9-14.

¹³⁴ GRACIA, Diego. Profesión Médica, Investigación y Justicia Sanitaria. Santafé de Bogotá: Editorial El Buho, Ltda. 1998.

socialización institucional. Se espera que los resultados, sirvan como base para la generación de estrategias que favorezcan la conformación de entornos laborales benéficos para el desempeño profesional de enfermería, climas éticos hospitalarios que mejoren el ejercicio profesional y por ende el cuidado que se presta. Se socializará el conocimiento con grupos académicos y asistenciales de la institución seleccionada, en los cuales estarán incluidos los sujetos que participaron.

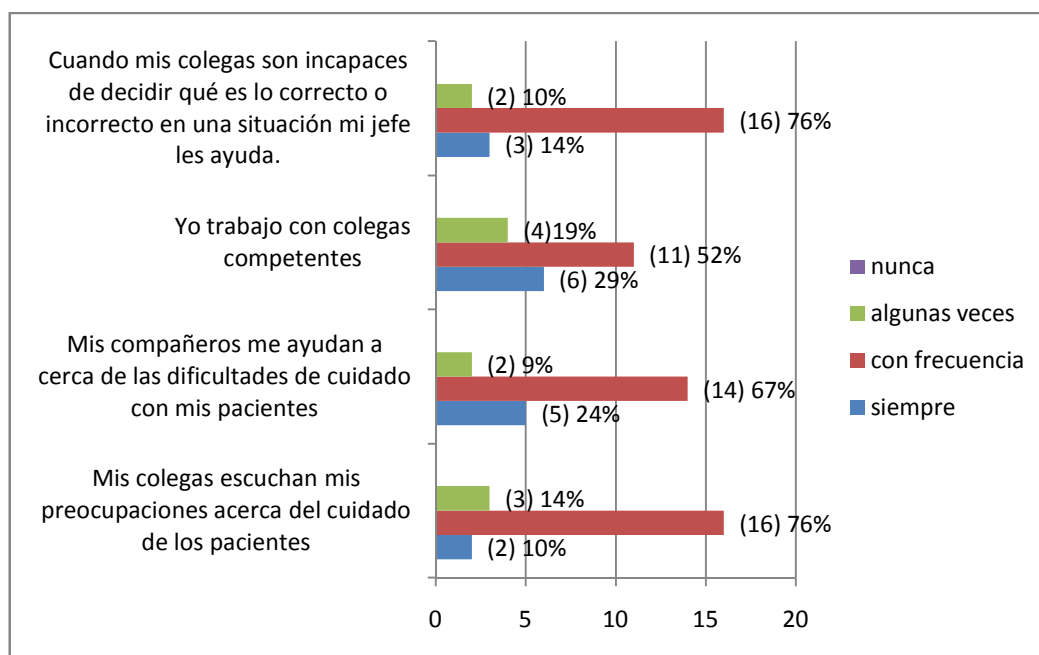
4. Resultados y discusión

4.1 Descripción por categorías

A continuación se muestran los resultados agrupados por categorías, la gráfica a continuación corresponde a los resultados obtenidos en la categoría colegas, la cual responde al objetivo de describir la percepción de las enfermeras y enfermeros del clima ético en su relación con los colegas, en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia. Se encuentran medidas de frecuencia y porcentajes. Esta categoría tuvo una media de 12.2, con una desviación estándar de 1.4, fue la categoría con el segundo promedio más bajo (ver anexo I).

4.1.1 Categoría Colegas

Gráfica 4-1: Categoría colegas



En la categoría colegas se encuentra que el 76% de los participantes (16) percibe que con frecuencia los colegas escuchan sus preocupaciones acerca del cuidado de los pacientes, 14% (3) tan solo “algunas veces” y solo 9% (2) “siempre”. Sin embargo 67% (14) participantes “con frecuencia” perciben que los compañeros le ayudan a cerca de las dificultades de cuidado con sus pacientes, “algunas veces” 10% (2), y “siempre” 24% (5), cuando sus colegas son incapaces de decidir qué es lo correcto o incorrecto en una situación particular de un paciente, el jefe les ayuda, “con frecuencia” a 76%(16), “algunas veces” 10% (2), y “siempre” 14% (3). Solo 29% (6) consideran que “siempre” trabaja con colegas competentes, 19% (4) “algunas veces”, 52% (11) “con frecuencia”.

En cuanto al colegaje se percibe que con frecuencia hay escucha y ayuda frente a los problemas relacionados con el cuidado del paciente, tanto de sus pares como de su superior, no obstante, entre el 10 y el 14% perciben que solo algunas veces esto sucede y solo el 29 % considera que siempre trabaja con colegas competentes, lo que denota falta de colegaje, no tan marcado como en el estudio de Muñoz et al¹³⁵, pero muy diciente ya que las UCI son espacios más cerrados y específicos en los que los profesionales de enfermería que laboran allí tienen una muy cercana relación profesional, y requieren mucha coordinación por la complejidad de los cuidados de sus pacientes. Ya ha sido descrito las implicaciones de la relación interpersonal con los compañeros para la práctica de enfermería, de acuerdo a Hernández et al¹³⁶, es un indicador de satisfacción laboral por el apoyo social recibido por parte de sus compañeros de trabajo, al igual que menciona que estudios realizados demuestran que la percepción de cohesión con el equipo de trabajo es el factor que contribuye en mayor grado a la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería.

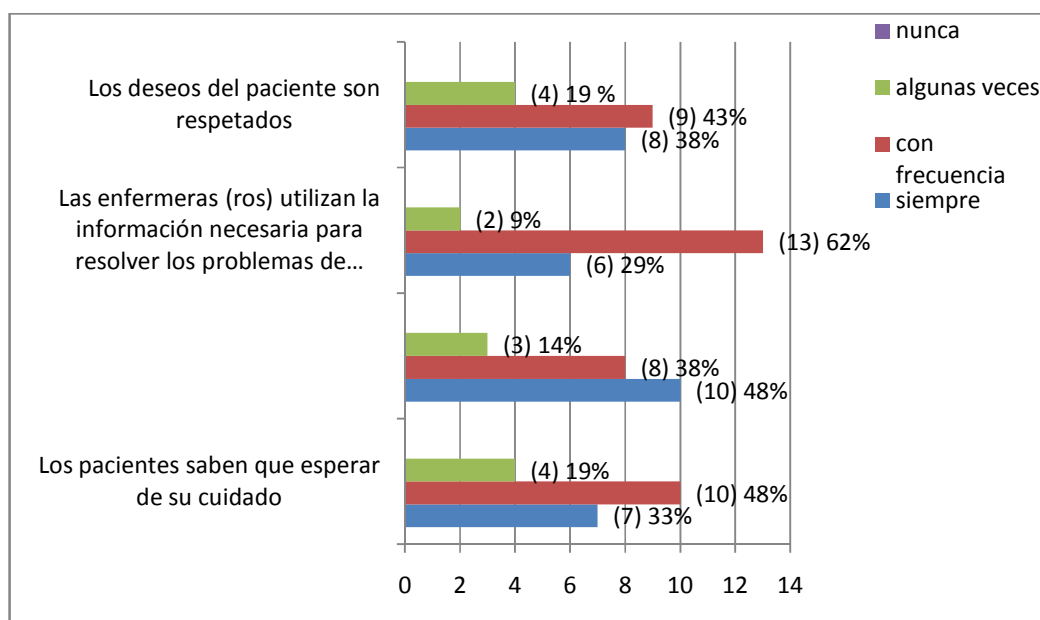
¹³⁵ MUÑOZ, Olga, et al. Op. cit., p. 35.

¹³⁶ HERNÁNDEZ PLAZAS, Jenny et al. Satisfacción laboral en el personal de enfermería de la E.S.E hospital San Antonio de Soatá [en línea]. En: Rev.salud.hist.sanid.on-line. Septiembre-diciembre 2010, vol.5 no. 2, p. 9. [consultado noviembre 1, 2011]. Disponible en Internet: www.histosaluduptc.org

4.1.2 Categoría Pacientes

Gráfica 4-2: Categoría pacientes

La gráfica a continuación corresponde a los resultados obtenidos en la categoría pacientes, la cual responde al objetivo de describir la percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con pacientes, en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia. Se encuentran medidas de frecuencia y porcentajes. Esta categoría tuvo una media de 12.8, con una desviación estándar de 1.8. (Ver anexo I).



En la categoría de pacientes el personal de enfermería percibe que los pacientes saben qué esperar de su cuidado “algunas veces” 19% (4), “con frecuencia” 48% (10) y 33% (7) “siempre”. Respecto al uso de la información necesaria para resolver los problemas de cuidado de los pacientes tienen acceso a ella “algunas veces” 14% (3), “con frecuencia” 38% (8) y “siempre” 48%(10), pero solo 29% (6) “siempre” la utilizan para resolver los problemas de cuidado de los pacientes, “algunas veces” 9%(2), “con frecuencia” 62% (13); y los deseos del paciente son respetados, “algunas veces” 19% (4), “con frecuencia” 43% (9) y “siempre” 38% (8).

En cuanto a esta categoría llama la atención que solo un 33% considera que los pacientes “siempre” saben qué esperar de su cuidado; este es un muy bajo porcentaje si se tiene presente el decálogo de los derechos de los pacientes¹³⁷, dentro de los cuales está que es un derecho de todo paciente disfrutar de una comunicación plena, clara, y apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información. En cuanto si los deseos del paciente son respetados, solo en un 38% percibe que esto “siempre” sucede y esto es incompatible con el derecho a recibir un trato digno respetando creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre. Esto es de gran relevancia en el contexto de UCI, en el cual los cuidados son de alta complejidad. Para que haya cuidado la comunicación debe ser explícita “la comunicación es el vínculo más general entre los seres humanos y como lo afirma Humberto Eco- al basarse en el lenguaje implica ya la posibilidad de mentir, cobra importancia el problema ético en el manejo de la misma. Por otra parte, las diversas manifestaciones y aplicaciones de la comunicación requieren que se conozcan tanto los fundamentos éticos generales como los propios de cada ámbito donde la comunicación juegue un papel relevante”¹³⁸

Respecto al uso de la información necesaria para resolver los problemas de cuidado de los pacientes tienen acceso a ella siempre el 48%, pero solo el 29% siempre la utiliza para resolver los problemas de cuidado de los pacientes, lo que indica una subutilización de este recurso para la toma de decisiones, lo cual también es similar a los hallazgos reportados en el estudio de Muñoz et al.

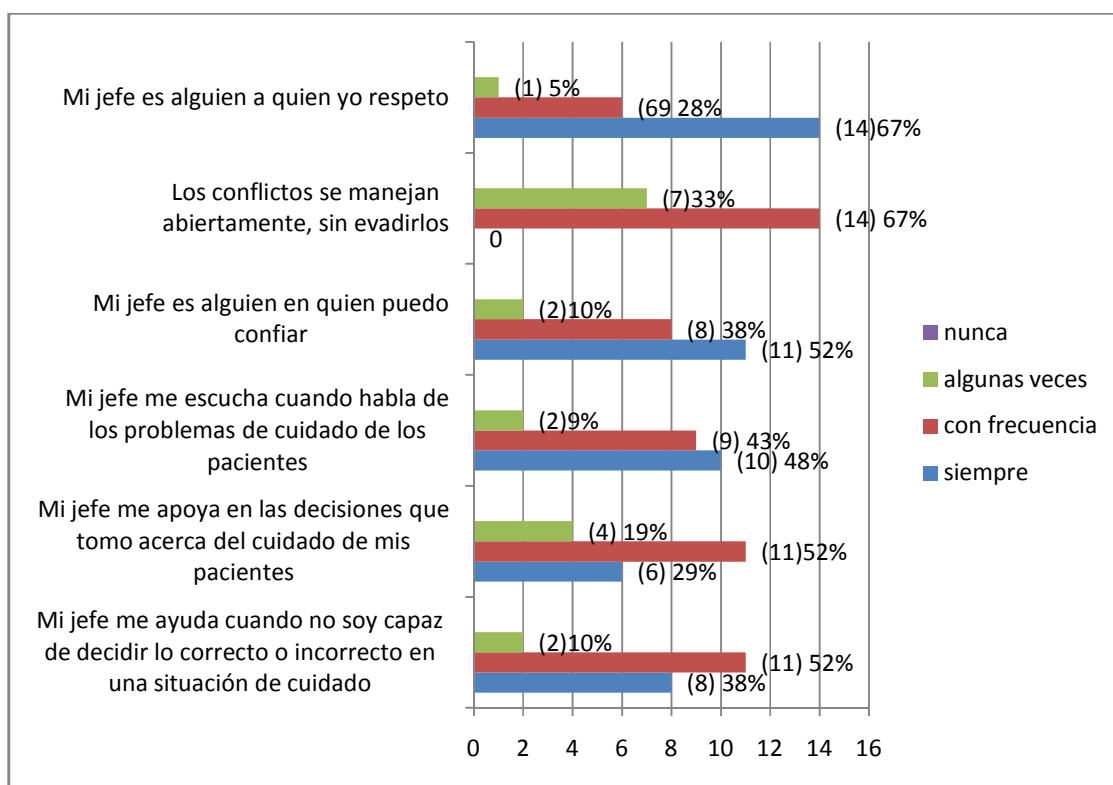
¹³⁷ COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución 13437 de 1991. Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Bogotá: El Ministerio. 1991.

¹³⁸ UNIVERSIDAD UEES. Ética y Comunicación [en línea]. 2 diciembre 2011, p. 1-3. [consultado junio 15, 2012]. Disponible en Internet: <http://dspace.uees.edu.ec:8080/handle/11018/231>

4.1.3 Categoría Administradores

Gráfica 4-1: Categoría administradores

La gráfica a continuación corresponde a los resultados obtenidos en la categoría administradores, la cual responde al objetivo de describir la percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con personal administrativo (coordinador-jefe inmediato), en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia. Se encuentran medidas de frecuencia y porcentajes. Esta categoría tuvo una media de 19.4, con una desviación estándar de 2.6, fue la categoría con el promedio más alto (ver anexo I).



En la categoría de administradores, el personal de enfermería percibe que el jefe le ayuda cuando no es capaz de decidir lo correcto o lo incorrecto en una situación de cuidado de un paciente “algunas veces” 10% (2), “con frecuencia” 52% (11) y “siempre” 38% (8); sin embargo el jefe apoya las decisiones que se toman acerca del cuidado de los pacientes “siempre” solo 29% (6), “algunas veces” 19% (4), “con frecuencia” 52% (11). El jefe los escucha cuando habla de los problemas de cuidado de los pacientes 9% (2) “algunas veces”, 43% (9) “con frecuencia”, 48% (10) “siempre”. El jefe es alguien en quien puede confiar “algunas veces” 10% (2), “con frecuencia” 38% (8), y “siempre” 52% (11). El jefe los escucha cuando habla de los problemas de cuidado de los pacientes (2)

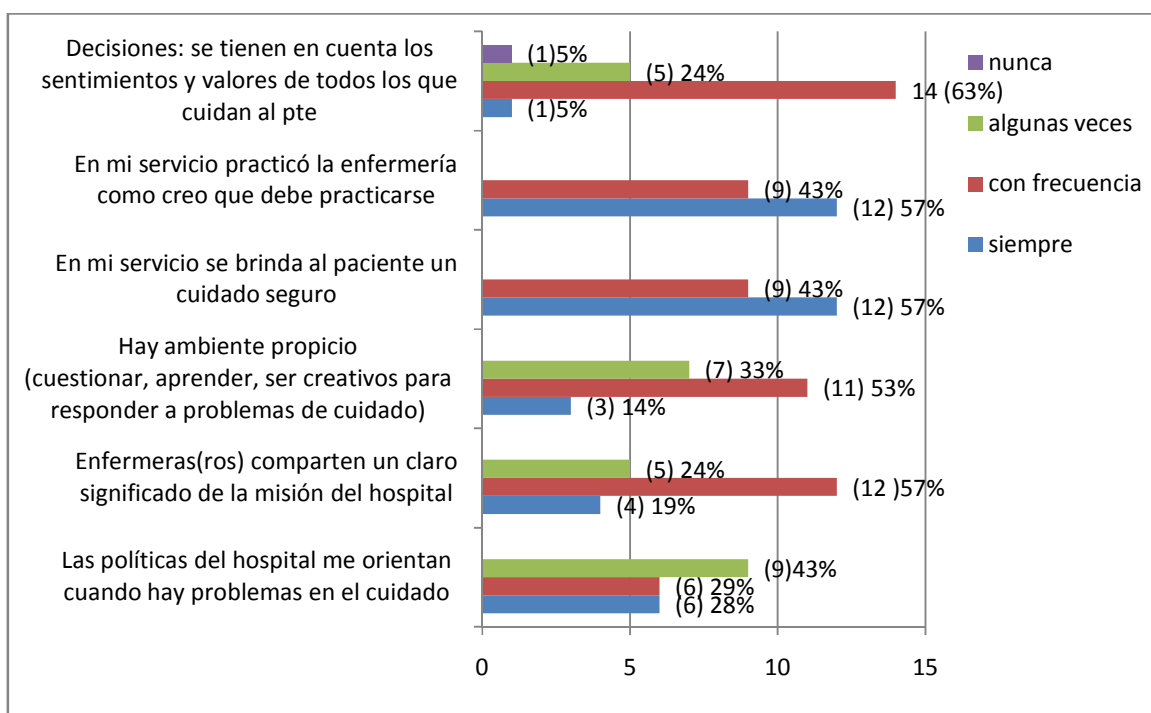
“algunas veces”, (9) “con frecuencia”, (10) “siempre”. El personal de enfermería percibe que su jefe es alguien a quien respeta, 5% (1) “algunas veces”, 28% (6) “con frecuencia” y 67% (14) “siempre” y el personal de enfermería percibe que los conflictos se manejan abiertamente, sin evadirlos, “algunas veces” 33% (7) y “con frecuencia” 67% (14).

De lo anterior se deduce que existe respeto hacia el jefe “siempre” en su mayoría 67%, pero ante la confianza que hay, el porcentaje disminuye a un 52%, reduciéndose aún más en su escucha frente a los problemas de cuidado 48%, y más aún en el apoyo en las decisiones que se toman acerca del cuidado de los pacientes. Esto implica que el respeto es mediado por la autoridad del cargo, no precisamente basado en la confianza y en el apoyo que se percibe del jefe inmediato. Llama la atención que en la pregunta si el personal de enfermería percibe que los conflictos se manejan abiertamente, sin evadirlos, hay una ausencia total del “siempre” lo cual es muy llamativo, ya que si los conflictos no se manejan abiertamente “siempre”, entonces ¿cómo se están manejando?, ¿hay problemas de comunicación? ¿Cómo se manejan entonces, que estrategias son las empleadas para resolver los conflictos que surjan?: ¿será con conductas de sumisión, conductas pasivo/agresivas, o simplemente se evaden las situaciones? ¿será por miedo o “respeto”?

4.1.4 Categoría Hospital

Gráfica 4-1: Categoría hospital

La gráfica a continuación corresponde a los resultados obtenidos en la categoría hospital, la cual responde al objetivo de describir la percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con el hospital, en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia. Se encuentran medidas de frecuencia y porcentajes. Esta categoría tuvo una media de 19.0, con una desviación estándar de 2.3, fue la categoría con el segundo promedio más alto, al igual que el valor de la honestidad (ver anexo I).



En la categoría hospital, el personal de enfermería percibe que en el servicio se brinda al paciente un cuidado seguro 43% (9) “con frecuencia” y 57% (12) “siempre”. En su servicio se practica la enfermería como cree que debe practicarse, 43% (9) “con frecuencia” y 57% (12) “siempre”, pero solo 19% (4) perciben que las enfermeras (ros) “siempre” comparten un claro significado de la misión del hospital. Solo 14% (3) de los participantes perciben que “siempre” existe un ambiente propicio para cuestionar, aprender y ser creativos para responder a los problemas de cuidado de los pacientes, las políticas del hospital le orientan cuando hay problemas en el cuidado del paciente “algunas veces” 43% (9), y “siempre” solo 29% (6). El personal de enfermería percibe que cuando se toman decisiones se tienen en cuenta los sentimientos y valores de todos

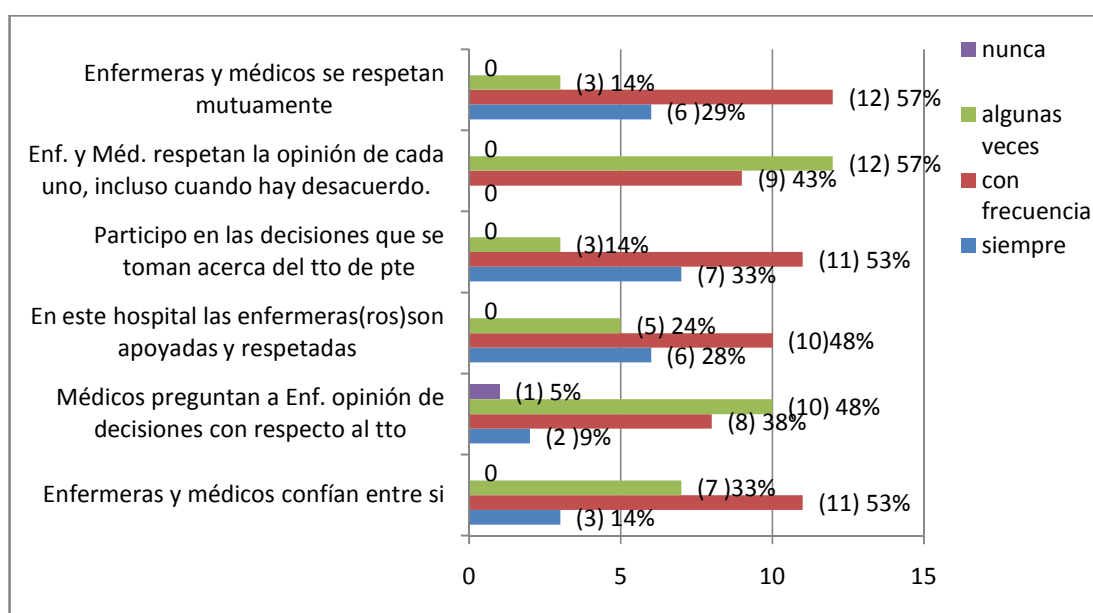
los que cuidan al paciente 5% (1) nunca, 24% (5) algunas veces y 63% (14) con frecuencia y siempre 5% (1).

Con respecto a esta categoría llama la atención que aunque un 57% refiere que las enfermeras (ros) con frecuencia y siempre 19% comparten un claro significado de la misión del hospital, solo el 29% siempre o con frecuencia, considera que las políticas del hospital le orientan cuando hay problemas en el cuidado del paciente y solo el 14% del personal de enfermería percibe que siempre existe un ambiente propicio para cuestionar, aprender y ser creativos para responder a los problemas de cuidado de los pacientes, lo cual reitera el hallazgo en el estudio de Muñoz et al “las enfermeras se comportan más como profesionales que como miembros de una empresa”, pues aunque no siempre las políticas del hospital orienten ante problemas de cuidado, en su gran mayoría siempre o con frecuencia practican la enfermería como cree que debe practicarse, se puede decir que se quedan en la creencia que están realizando una práctica como debería ser, pero, ¿se apoyan en la evidencia para dar ese cuidado? En la categoría del valor de la responsabilidad en la pregunta si la aplicación de protocolos frente al cuidado del paciente se da siempre hasta en un 52%, y aunque es el porcentaje más alto en esta pregunta, no se acerca al 100% y los protocolos si son realizados bajo evidencia científica.

4.1.5 Categoría Médicos

Gráfica 4-1: Categoría médicos

La gráfica a continuación corresponde a los resultados obtenidos en la categoría médicos, la cual responde al objetivo de describir la percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con médicos, en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia. Se encuentran medidas de frecuencia y porcentajes. Esta categoría tuvo una media de 17.1, con una desviación estándar de 2.6. (ver anexo I).



En la categoría médicos, el personal de enfermería percibe que las enfermeras (ros) y los médicos confían entre sí “algunas veces” 33% (7), “con frecuencia” 53% (11) y solo “siempre” 14% (3); los médicos preguntan a las enfermeras (ros) su opinión acerca de las decisiones tomadas con respecto al tratamiento de los pacientes, “nunca” 5% (1), “algunas veces” 48% (10), “con frecuencia” 38% (8) y “siempre” solo 9% (2). En cuanto a la afirmación si en este hospital las enfermeras son apoyadas y respetadas 24% (5) refieren “algunas veces” y 48% (10) “con frecuencia” y “siempre” solo 28% (6), el personal de enfermería percibe que participa en las decisiones que se toman acerca del tratamiento de sus pacientes 14% (3) “algunas veces”, “con frecuencia” 53% (11) y “siempre” 33% (7). El personal de enfermería percibe que las enfermeras y los médicos respetan la opinión de cada uno, incluso cuando hay desacuerdo en lo que es mejor para el paciente, 57% (12) “algunas veces” y 43% (9) “con frecuencia” y enfermeras y médicos se respetan mutuamente, “algunas veces” 14% (3), “con frecuencia” 57% (12), y 28% (6) “siempre”.

De lo cual se puede decir que al igual que el estudio de Muñoz et al¹³⁹ en la relación entre enfermero y el médico en algunos casos no hay una relación profesional basada en la confianza, se conserva asimetría en la relación y el médico es autoridad frente al enfermero ya que en la mayoría de casos solo algunas veces los médicos preguntan a las enfermeras (ros) su opinión acerca de las decisiones tomadas con respecto al tratamiento de los pacientes. La participación en las decisiones que se toman acerca del tratamiento de sus pacientes el máximo no es superior a 33% como “siempre”, al respecto Guio en su estudio de dilema ético en situación específica en UCI, dentro de los resultados, reporta que se evidencia que el profesional de enfermería teme expresar sus criterios en relación a las conductas a seguir con un paciente clínicamente irreversible, en parte porque la costumbre en el medio son las decisiones unilaterales¹⁴⁰, al igual que refiere que para algunas enfermeras que trabajan en UCI, la participación en la toma de decisiones es mínima, para unas esto es mejor, pues prefieren que los médicos enfrenten la responsabilidad de decidir a quién se adjudican los recursos limitados, a otras se les coarta la libertad de expresión y esto es similar con los resultados de este estudio ya que ante la afirmación de si las enfermeras y los médicos respetan la opinión de cada uno, incluso cuando hay desacuerdo en lo que es mejor para el paciente, solo “algunas veces” esto pasa en su gran mayoría y si enfermeras y médicos se respetan mutuamente, el “siempre” no supera el 29%.

En el estudio de Malloy¹⁴¹ (Canadá, Irlanda, Australia y Corea) enfermeras sugirieron que sus voces fueron silenciadas (a veces voluntariamente) o no se expresó en términos de toma de decisiones éticas, también reporta una sensación de falta de poder relacionado con la naturaleza de las jerarquías de la enfermería y la medicina. Las enfermeras informaron frustración con su falta de poder, en contraste con el abrumador poder de los médicos, sintieron que les faltaba el poder de hablar en contra de la opinión de los médicos o se cree que su opinión no sería aceptada, en este estudio en cuanto el reconocimiento en el entorno laboral de las enfermeras: sienten que son apoyadas y respetadas siempre tan solo un 28%, lo cual también es concordante con los resultados del estudio de Muñoz et al¹⁴². Lo anterior es muy importante ya que la enfermera en UCI mantiene un estrecho y continuado contacto con los pacientes y sus familias, pero aparte de los pacientes el contacto y la comunicación con los médicos especialistas es permanente, un cuidado interdisciplinario y multidisciplinario, en el cual la comunicación, la confianza y el respeto son elementos de vital importancia para el clima ético y para brindar un cuidado de calidad.

¹³⁹ Ibid.

¹⁴⁰ GUIO, Manuel Francisco. Dilema Ético en una situación específica en UCI con paciente no recuperable. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería., 2000.

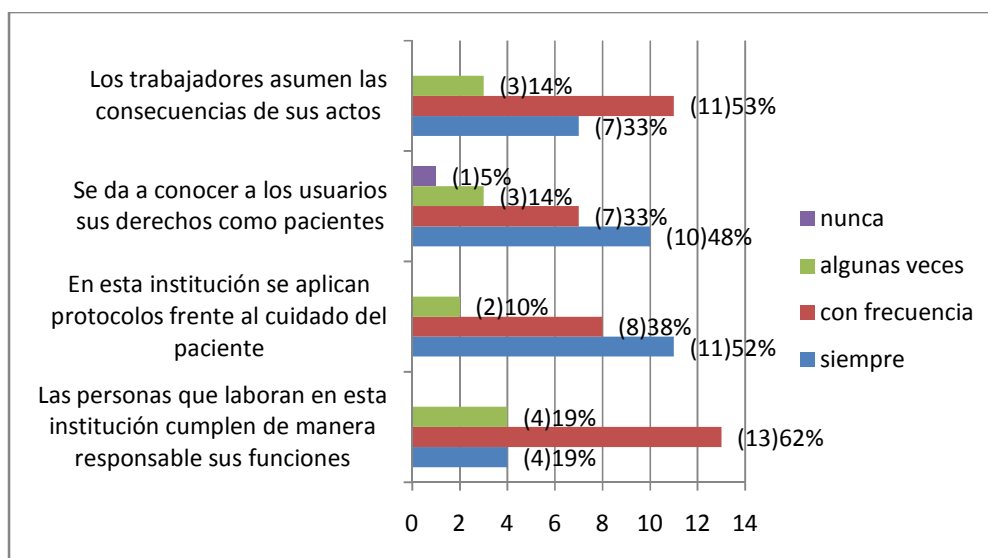
¹⁴¹ MALLOY, David et al. Op. cit., p. 719-733.

¹⁴² MUÑOZ, Olga, et al. Op. cit., p. 35.

4.1.6 Categoría valor de la responsabilidad

Gráfica 4-1: Categoría valor de la responsabilidad

Las tres gráficas a continuación corresponden a los resultados obtenidos en la categoría de valores éticos, la cual responde al objetivo de describir la percepción de los profesionales de Enfermería de los valores éticos: honestidad, responsabilidad y tolerancia en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia. Se encuentran medidas de frecuencia y porcentajes. El valor de la responsabilidad tuvo una media de 12.8, con una desviación estándar de 2, el valor de la honestidad tuvo una media de 19, con una desviación estándar de 1.6, y el valor de la tolerancia tuvo una media de 11.4, con una desviación estándar de 1.5 siendo la categoría con el promedio más bajo (ver anexo I).



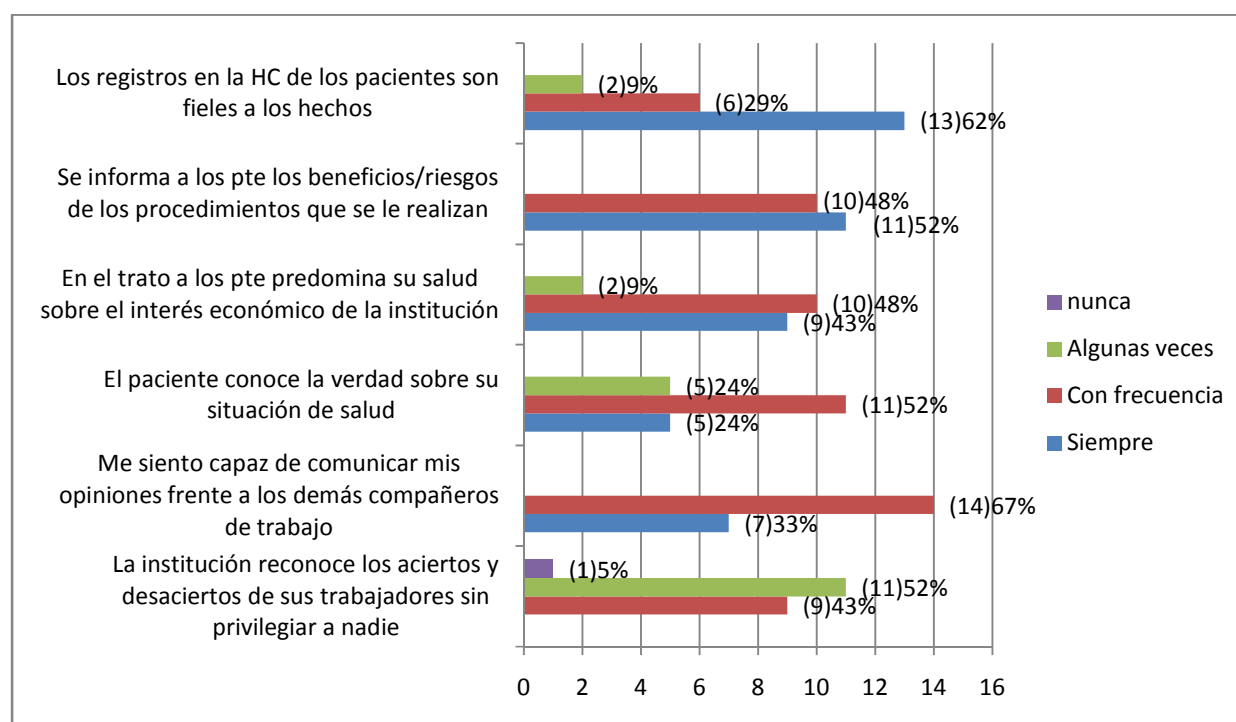
El personal de enfermería percibe que las personas que laboran en esta institución cumplen de manera responsable sus funciones “algunas veces” 19% (4), 62% (13) “con frecuencia”, y “siempre” 19% (4). Sin embargo los participantes perciben que los trabajadores asumen las consecuencias de sus actos: “algunas veces” 10% (2), “con frecuencia” 52% (11) y 33% (7) “siempre”. En la aplicación de protocolos frente al cuidado del paciente, “algunas veces” 10% (2), 38% (8) “con frecuencia” y 53% (11) “siempre”, el personal de enfermería percibe que se da a conocer a los usuarios sus derechos como pacientes, “nunca” 5% (1), “algunas veces” 14% (3), “con frecuencia” 33% (7) y “siempre” 48% (10).

En cuanto la responsabilidad, un hallazgo importante es que aunque con frecuencia se percibe que las personas que laboran en la institución cumplen de manera responsable sus funciones siendo el porcentaje más alto 62 % “con frecuencia”, el “siempre” alcanza

tan solo un 19 %. Este porcentaje se incrementa al preguntar si los trabajadores asumen las consecuencias de sus actos en el cual “siempre” alcanza un 33%, es decir que la responsabilidad se hace más visible frente al hecho de asumir la consecuencia de sus actos, y la aplicación de protocolos frente al cuidado del paciente, se da “siempre” hasta en un 52%, y aunque es el porcentaje más alto en esta pregunta, entendiendo este comportamiento como reflejo de un actuar responsable, ¿cuál es la razón para que no se apliquen “siempre” los protocolos, sobre todo al hablar de UCI?, acaso estos no se entienden como un acto de responsabilidad o como lo refiere Muñoz et al¹⁴³, su aplicación está mediada por la obligación que impone el sistema de salud. Y llama la atención que en la afirmación se da a conocer a los usuarios sus derechos un 5% refiere que “nunca” y “algunas veces” 14%, sería interesante profundizar en el porqué no se da siempre a conocer a los usuarios sus derechos, puede ser por cargas de trabajo, problemas en la comunicación u otra situación.

4.1.7 Categoría valor de la honestidad

Gráfica 4-1: Categoría valor de la honestidad



¹⁴³ Ibid.

La institución reconoce los aciertos y desaciertos de sus trabajadores sin privilegiar a nadie, “nunca” 5% (1), 52% (11) “algunas veces” y “con frecuencia” 43% (9). Los encuestados se sienten capaces de comunicar sus opiniones frente a los demás compañeros de trabajo, 67% (14) “con frecuencia” y 33% (7) “siempre”. El personal de enfermería percibe que el paciente conoce la verdad sobre su situación de salud, “algunas veces” 24% (5), “con frecuencia” 52% (11) y 24% (5) “siempre” y en el trato a los pacientes predomina su salud sobre el interés económico de la institución 9% (2) “algunas veces”, 48% (10) “con frecuencia” y 43% (9) “siempre”. En la institución se les informa a los pacientes los beneficios y riesgos de los procedimientos que se le realizan 48% (10) “con frecuencia” y (11) 52% “siempre”. En cuanto a la HC, los registros en la historia clínica de los pacientes son fieles a los hechos, “algunas veces” 9% (2), “con frecuencia” 29% (6) y “siempre” 62%(13).

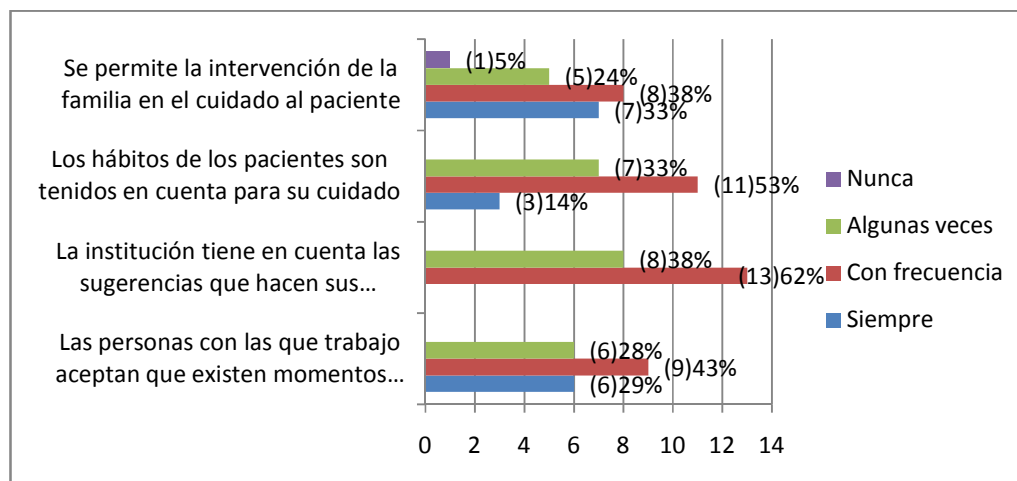
La honestidad en cuanto a la información que se da a los pacientes es positiva; todos la califican entre “siempre” y “con frecuencia”, y aunque el 62% reporta que “siempre” los registros en la historia clínica de los pacientes son fieles a los hechos, 9% reporta que solo “algunas veces”, lo cual tiene fuertes implicaciones éticas y legales y también profesionales, pues lo que no se registra es como si no se hubiese hecho. La honestidad de la institución frente a sus empleados se ve afectada ya que ante la afirmación si la institución reconoce los aciertos y desaciertos de sus trabajadores sin privilegiar a nadie, prevalece las respuestas “nunca” 5% y 52% “algunas veces” y el “siempre” no aparece, lo cual denota que hay necesidad de fortalecer este aspecto, este hallazgo también concuerda con el estudio de Muñoz et al¹⁴⁴. El valor de la honestidad visto desde la ética empresarial es de gran importancia, Cortina¹⁴⁵ “refiere la ética es rentable, la ética vende, justamente porque la cohesión entorno a los valores éticos permite a una empresa ser competitiva” las instituciones de salud como empresas y la UCI como parte importante de una empresa requiere esa cohesión entorno a un valor ético como la honestidad que de identidad, para lograr convicción y confianza tanto de clientes internos como externos.

¹⁴⁴ Ibid.

¹⁴⁵ CORTINA, Adela. Las tres edades de la ética empresarial [en línea]. En: Construir confianza, ética de la empresa en la sociedad de la información y las comunicaciones. Madrid: Universidad de Valencia. 2004, p. 17-37. Disponible en Internet: http://www.etnor.org/doc/Adela-Cortina-Tres_edades_etica_empresarial.pdf

4.1.8 Categoría valor de la tolerancia

Gráfica 4-1: Categoría valor de la tolerancia



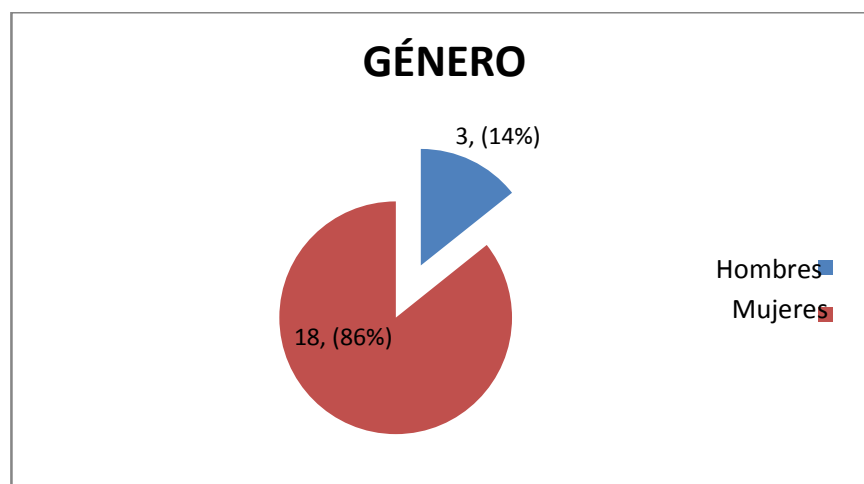
El personal de enfermería percibe que las personas con las que trabaja aceptan que existen momentos difíciles entre compañeros, “algunas veces” 29% (6), 43% (9) “con frecuencia” y 28 % (6) “siempre”, si la institución tiene en cuenta las sugerencias que hacen sus clientes internos y externos, 38% (8) “algunas veces” y 62% (13) “con frecuencia”, los hábitos de los pacientes son tenidos en cuenta para su cuidado, “algunas veces” 33% (7) y “con frecuencia” 53% (11) y “siempre” 14% (3), y el personal de enfermería percibe que se permite la intervención de la familia en el cuidado al paciente, “nunca” 5% (1), “algunas veces” 24% (5), “con frecuencia” 38% (8), y 33% (7) “siempre”.

En cuanto la tolerancia un alto porcentaje de participantes reportan que con frecuencia la institución si tiene en cuenta las sugerencias que hacen sus clientes internos y externos, lo cual difiere del estudio de Muñoz et al, pero surge un hallazgo y es que algunos de los encuestados refieren que si se tienen siempre en cuenta las sugerencias “pero de clientes internos-no igual de los externos”, razón por la cual no califican el “siempre”. En cuanto al paciente y la familia la intervención de la familia en el cuidado al paciente, no se permite “nunca” 5% y solo “algunas veces” 24%, el “siempre” no supera el 33% los hábitos de los pacientes son tenidos en cuenta para su cuidado, el “siempre” no supera el 14 %, entonces es pertinente decir que el paciente y su familia son sujetos pasivos en el cuidado, ¿es acaso esto positivo para enfermería y para los pacientes?, más del 70 % de los encuestados responden que las personas con las que trabajan aceptan la existencia de momentos difíciles, una cosa es aceptar que existen, otra muy diferente, es saber manejar esos momentos difíciles, si esto se corrobora con la pregunta si se manejan los conflictos abiertamente sin evadirlos, donde el siempre no existe, se puede deducir que es posible que no haya reflexión ética, dificultades en la comunicación, que puede acarrear peligros en el cuidado que se brinda al paciente, y para un paciente de UCI, puede ser muy grave por su estado crítico.

4.2 Descripción según variables de caracterización estudiadas

A continuación se muestran los datos de caracterización de persona, tiempo y lugar, sus hallazgos y se hace la descripción de la percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético según las variables de caracterización estudiadas en cuatro Unidades de Cuidado Intensivo de dos instituciones de salud de Bogotá-Colombia.

Gráfica 4-1: Género



Estos resultados lo que revelan es que la profesion de enfermeria continua siendo en su mayoría ejercida por mujeres, lo cual tiene diferentes implicaciones sociolaborales que a continuacion se describen:

En la actualidad, en comparación con sus colegas masculinos, las mujeres trabajan durante jornadas más prolongadas y ganan menos. Este es el principal resultado de una comparación internacional sobre la brecha salarial de género, basada en una encuesta que obtuvo medio millón de respuestas y que realizó la Wage Indicator Foundation entre 2006 y 2010¹⁴⁶.

¹⁴⁶ WAGE INDICATOR FOUNDATION. The gender gap – quarterly wage indicator report [online]. In: Web page wagwindicator.org. March 2011 [cited Dec. 1, 2011] Available from Internet: <http://www.wageindicator.org/documents/publicationslist/publications-2011/The-Gender-Gap-WageIndicator-Report-01-2011.pdf>>

Otro dato importante al respecto es que en general, las mujeres muestran un mayor grado de insatisfacción que los hombres. Esto es atribuido al hecho que, concluida su jornada laboral, les espera aún hacerse cargo de las tareas del hogar. Por tanto, su jornada de trabajo total es siempre más extensa que la de los hombres. Cerca de la mitad de las mujeres manifiestan su insatisfacción con esta situación en contraste con la gran mayoría de los hombres que se expresan conformes cómo disfrutaban las horas de ocio luego de su jornada de trabajo.¹⁴⁷

Un informe de la CEPAL¹⁴⁸ sostiene que en América Latina y el Caribe las mujeres dedican más tiempo que los hombres tanto a las actividades remuneradas como a las tareas domésticas. Y alerta sobre la persistencia de discriminación de género en el mercado de trabajo, aunque destaca los logros en materia de reducción de la brecha salarial. El documento titulado ¿Qué Estado para qué igualdad? arribó a tales conclusiones luego de haber medido la carga de trabajo total (remunerado y no remunerado) en varios países de la región. Esto se relaciona con la igualdad, la equidad, la inclusión que son conceptos que desde el clima ético cobran importancia, desde la ética misma y la búsqueda del equilibrio en la acción del hombre.

Siguiendo con los indicadores de desigualdad de género, la tasa de desempleo de las mujeres asciende al 8,3 por ciento, al mismo tiempo que la de los hombres es del 5,7 %. Asimismo, las mujeres siguen estando sobrerrepresentadas en ocupaciones con menor nivel de remuneración y subrepresentadas en posiciones de alto nivel jerárquico¹⁴⁹. Lo anterior la ANEC¹⁵⁰ lo resume en pocas palabras al reportar que la profesión de enfermería sigue siendo mayoritariamente femenina con un 93%, situación que tiene una fuerte relación con las características sociolaborales del trabajo de las mujeres en el país y en el mundo, relacionadas con mayores niveles de desempleo, subempleo, menores salarios y un mayor desgaste físico y psicológico por la doble y triple carga laboral, por las responsabilidades familiares.

Con respecto al clima ético y género a continuación se describen los principales hallazgos de acuerdo a las gráficas (o hombre, 1 mujer) se encuentra que de los participantes en este estudio, el género femenino tiene una mejor percepción del clima ético en su relación con pacientes, de acuerdo a la gráfica que se muestra a continuación

¹⁴⁷ Ibid

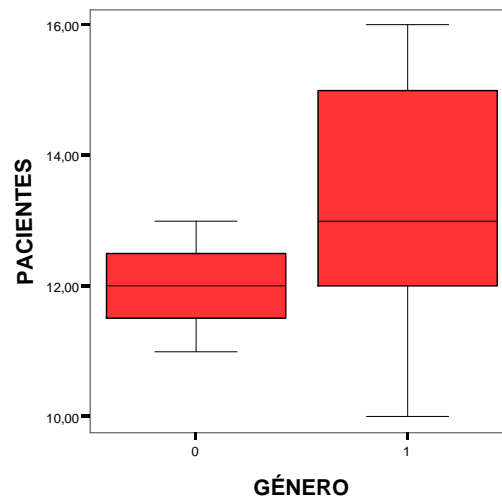
¹⁴⁸ CEPAL, División de Asuntos de Género. Tiempo total de trabajo (remunerado y no remunerado) [online]. 2010, 16 p. [cited Dec. 1, 2011] Available from Internet: <http://www.cepal.org/oig/noticias/paginas/3/38403/TiempoTotalTrabajo.pdf>

¹⁴⁹ Ibid

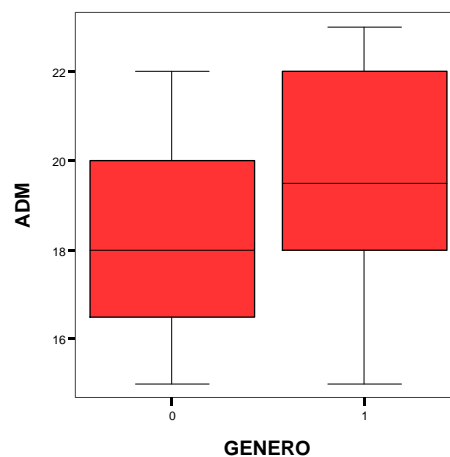
¹⁵⁰ CARVALLO, Beatriz. Principales indicadores sociolaborales aportados por el Run. En: Revista ANEC. Enero 2011, no. 72, p. 10.

la media es mayor y en general las calificaciones de las mujeres en esta categoría tienen un rango superior que para los hombres.

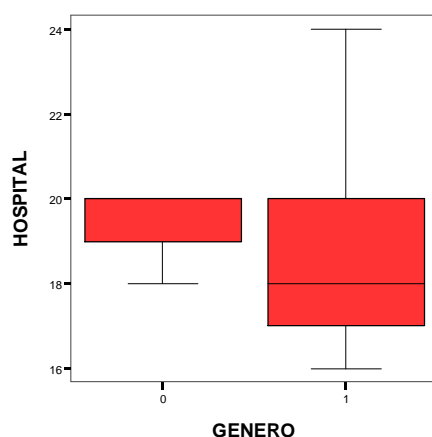
Gráfica 4-2: Género en relación con categorías instrumento (ECEH)



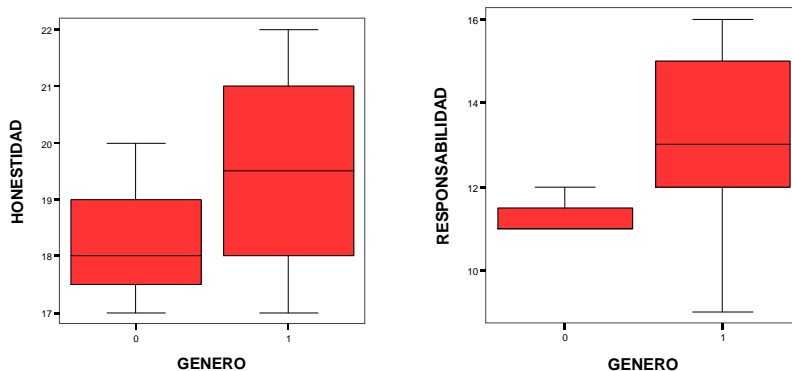
La percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con personal administrativo (coordinador-jefe inmediato), de acuerdo al género también varia, se encuentra que las mujeres tiene mejores calificaciones, con una media superior y en general un rango de calificación más elevado, recordando que la categoría administradores fue la que obtuvo el promedio de calificación más elevado.



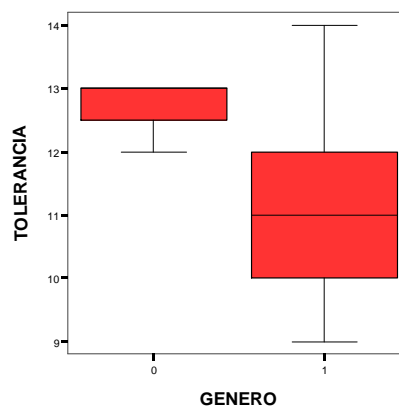
No obstante la percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con el hospital, es mejor en los hombres que en las mujeres con un promedio superior y menor variabilidad como se observa en la gráfica a continuación.



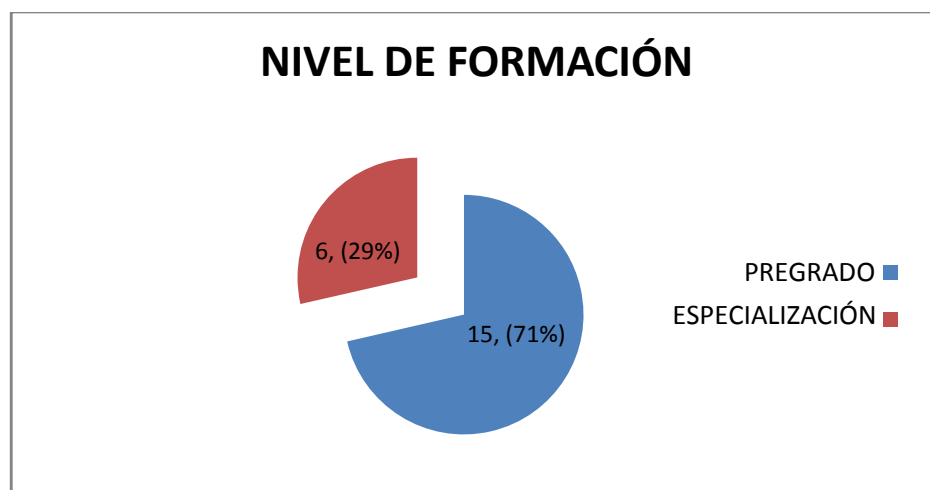
En cuanto al valor de la responsabilidad y la honestidad hay una marcada diferencia entre hombres y mujeres, aunque los hombres presentan menor variabilidad, el promedio está muy por debajo que el de las mujeres, y en general las mujeres presentan mayor variabilidad, pero calificaciones más superiores.



Pero, en cuanto a tolerancia los hombres llevan la delantera con un promedio muy superior y menor variabilidad.



Gráfica 4-3: Nivel de formación

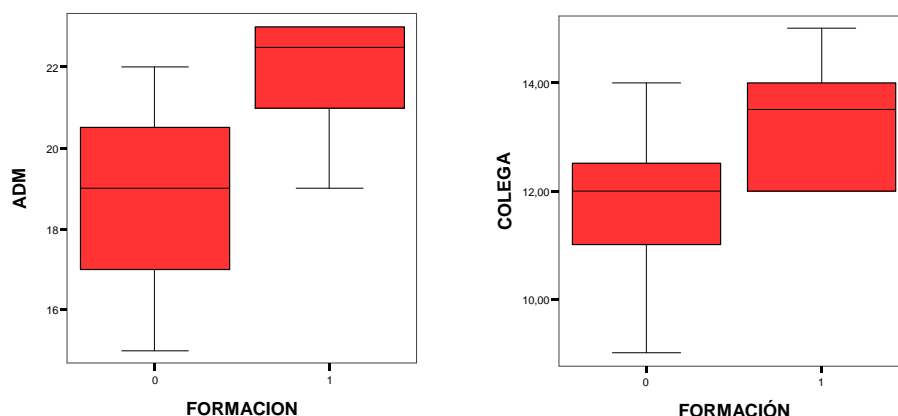


Este resultado indica el bajo ingreso a la educación posgraduada de los profesionales de enfermería, y el aparente no reconocimiento a los profesionales que realizan algún tipo de posgrado, ya que los participantes de este estudio que reportan especialización, no adquieren ningún beneficio adicional en cuanto sus condiciones laborales, lo cual puede llegar a no incentivar la formación posgraduada en enfermería. Con una mirada ética, desde la teoría ética del utilitarismo, se indaga sobre la utilidad de la educación posgraduada para enfermería ¿cuáles son los medios más oportunos para alcanzar un fin? Este estudio encuentra que entre mayor nivel de formación hay mejor percepción del clima ético (como se describe más adelante), es decir la educación posgraduada puede ser un medio cuyo fin puede incidir en el clima ético, aparte de otros beneficios para la disciplina y la profesión.

Los recientes resultados del seguimiento de la deserción estudiantil en educación superior demuestran que el principal factor determinante del abandono de estudios en Colombia se sitúa en la dimensión académica: está asociado al potencial o capital cultural y académico con el cual ingresan los estudiantes a la educación superior. Los factores financieros y socioeconómicos están a continuación, seguidos por los institucionales y los de orientación vocacional y profesional¹⁵¹. Puede ser que sean estos factores que estén limitando la formación posgraduada en enfermería; valdría la pena investigar al respecto y determinar cuáles son los aspectos que están influyendo en el bajo acceso de enfermería a los posgrados.

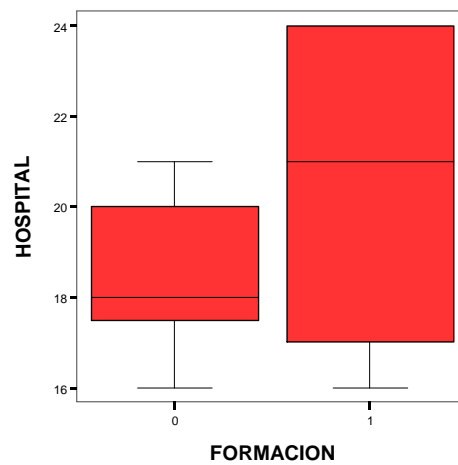
Con respecto al clima ético los principales hallazgos son que en los participantes con mayor nivel de formación (0 pregrado, 1 especialización) la percepción del clima ético en su relación con los colegas es mejor, con un promedio superior, al igual que con personal administrativo (coordinador-jefe inmediato).

Gráfica 4-4: Nivel de formación en relación con categorías instrumento (ECEH)

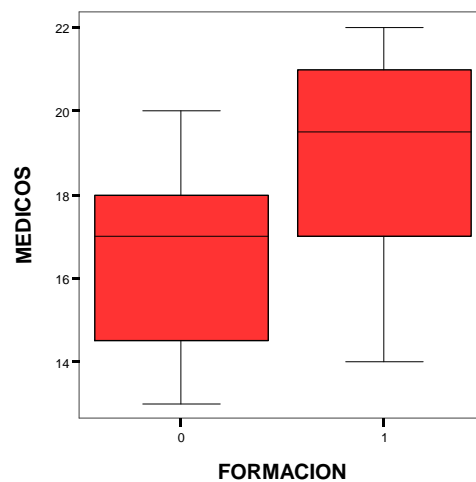


El nivel de formación también influye en la percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con el hospital, las personas con mayor nivel de formación presentan una media superior, pero con una variabilidad también muy amplia.

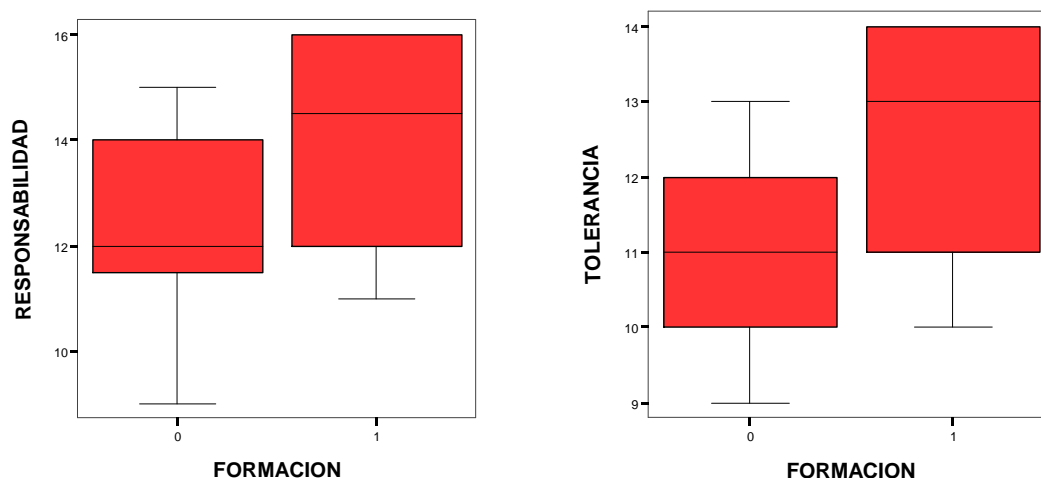
¹⁵¹ COLOMBIA. Ministerio de Educación Nacional. Deserción estudiantil en la educación superior colombiana Metodología de seguimiento, diagnóstico y elementos para su prevención 2009 [en línea]. 149 p. [consultado diciembre 1, 2011] Disponible en Internet: http://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/articles-254702_libro_desercion.pdf



La percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con médicos es más positiva a mayor nivel de formación, con un promedio superior y una variabilidad similar en ambos grupos.



En cuanto al valor de la responsabilidad y tolerancia también es mejor con relación a mayor nivel de formación, con un promedio más alto y un rango de calificación en general superior.



Gráfica 4-5: Rango salarial con prestaciones sociales



El salario oscila entre \$1600000 y \$2200000, con una media de \$1963000 y una desviación típica de \$181000 (ver anexo J), pero el 57%(12) de la población tiene contrato por prestación de servicios lo cual afecta directamente el salario es decir que estamos hablando que en el 57% de la población su salario oscila entre\$ 828800 y \$1098160 (quitando el 51.8% de prestaciones sociales) el 43% restante oscila entre \$1800000 y \$2200000.

La ANEC¹⁵² informa que el 21% de los profesionales de enfermería devenga un salario menor a \$1.000.000, el 46% entre \$1.000.000 y \$1.500.000 y el 24% hasta \$2.000.000. Se estima que el salario de las enfermeras ha tenido una pérdida real de un 30%, teniendo en cuenta que con estos ingresos debe pagar su seguridad social y la intermediación de las empresas que las contratan. Más del 90 % de las enfermeras/os colombianos ganan menos de \$ 2.000.000 al mes, con respecto a lo anterior se puede decir que el personal de enfermería no está bien remunerado, Hernández et al, en su estudio de satisfacción laboral, reporta algunas sugerencias que da el personal de enfermería con respecto al salario, “el salario no es el adecuado para el nivel de complejidad del trabajo. Ni para la responsabilidad, ni para la intensidad horaria”, “para el exceso de trabajo que realizamos la remuneración es muy poca”, “que se haga reconocimiento a labores nocturnas y festivos”, que haya un equilibrio e igualdad entre nómina y contrato...”¹⁵³ la satisfacción laboral está influida por el clima ético percibido, se relaciona con el reconocimiento al trabajo y a las funciones desempeñadas, y el valor al trabajo que se desempeña.

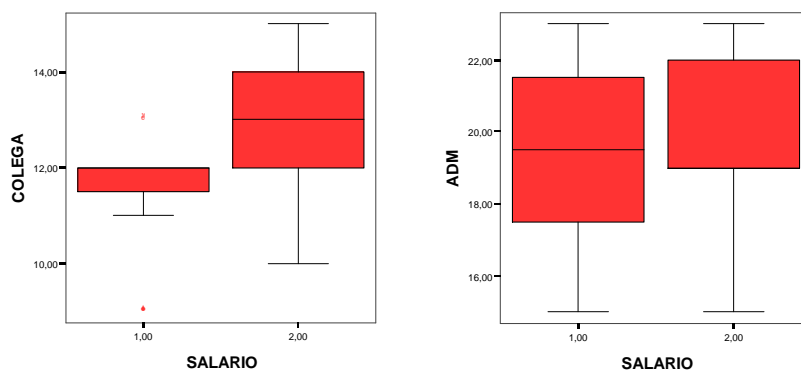
La profesión enfrenta graves dificultades que están muy relacionadas con el modelo de salud vigente, que requiere de mano de obra barata para aumentar las ganancias de las empresas prestadoras, privilegiando la vinculación de enfermeras recién egresadas o de estudiantes de enfermería, desconociendo de paso la experiencia, experticia y formación especializada que han realizado las enfermeras, la mayoría de veces por cuenta propia¹⁵⁴.

Con respecto al clima ético y el salario se han separado en dos grupos con base en el tipo de contratación, que dio como base los dos rangos de salarios (1: \$886900-\$1098160, 2: \$1800000-\$2200000). La percepción del clima ético en su relación con los colegas es mejor a mayor salario, con un promedio mayor, mayor variabilidad, pero en general una calificación superior, similar que con personal administrativo (coordinador-jefe inmediato), hay un promedio mayor a mayor salario, menor variabilidad en los datos.

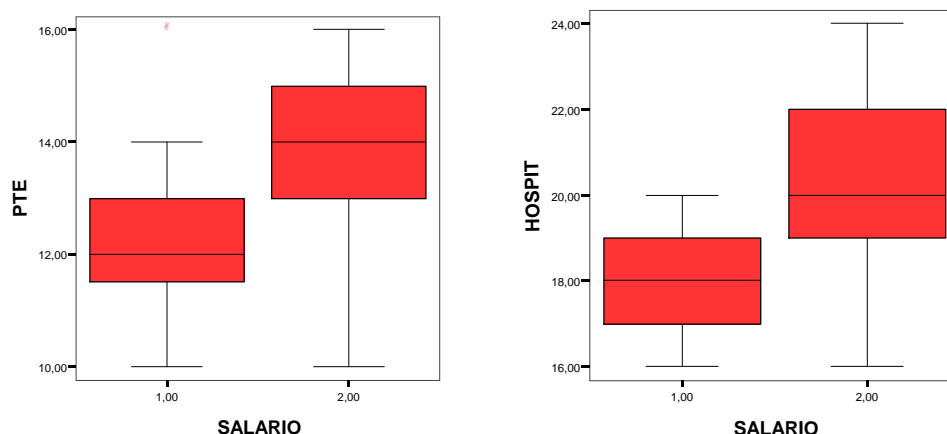
¹⁵² CARVALLO, Beatriz. Principales indicadores sociolaborales aportados por el Run. Op. cit., p. 11.

¹⁵³ HERNÁNDEZ PLAZAS, Jenny et al. Op. cit., p. 20.

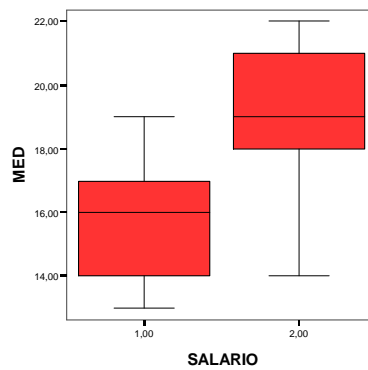
¹⁵⁴ CARVALLO, Beatriz. Conmemoración del Día Internacional de la Mujer, marzo 8 de 2010. En: Revista ANEC. Agosto 2010, no. 71, p. 14.

Gráfica 4-6: Salario en relación con categorías instrumento (ECEH)

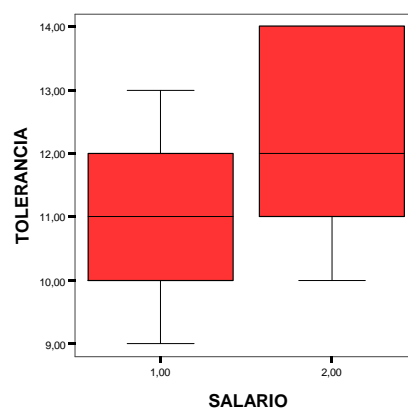
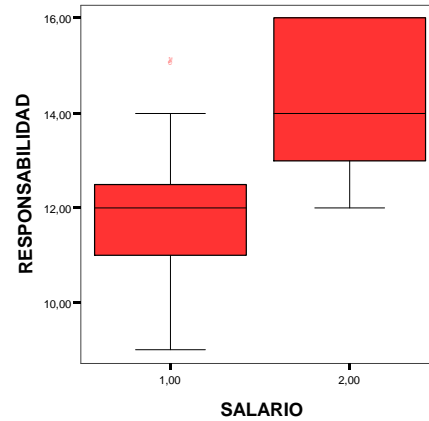
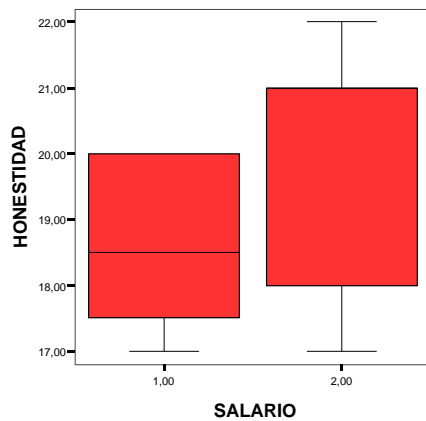
Con relación al salario y la percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con pacientes y con el hospital, se observa que con mejor salario hay mayor promedio y en general puntajes más altos.

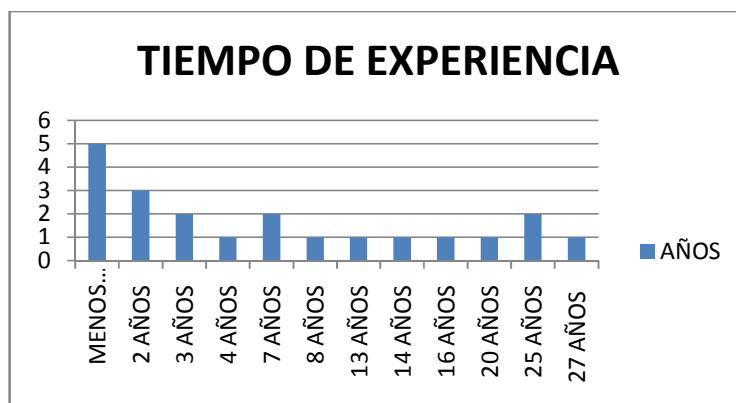


Con relación al salario y la percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con médicos, se observa al igual que con las otras categorías que a mejor salario hay mayor promedio y en general puntajes más altos.

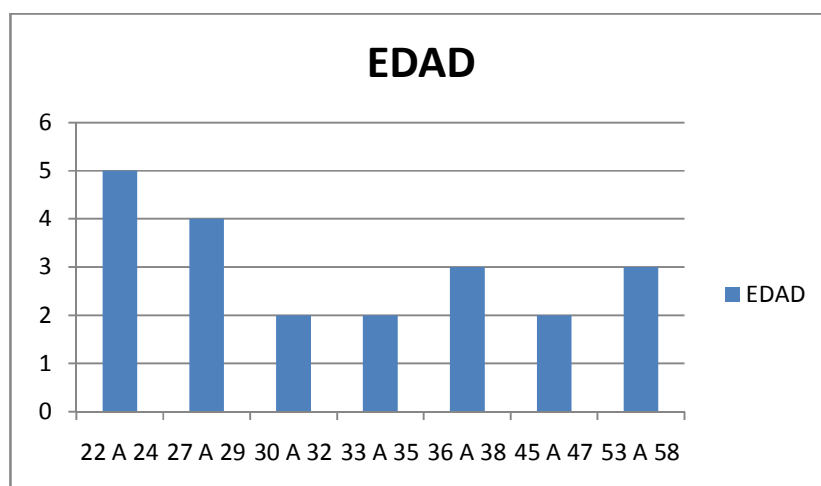


En cuanto a los valor de la responsabilidad, tolerancia y honestidad también es mejor su puntuación con relacion a mayor salario, con un promedio más alto y un rango de calificacion en general superior, siendo más notorio en el valor de la responsabilidad.



Gráfica 4-7: Tiempo de experiencia

El tiempo de experiencia oscila entre 3 meses y 27 años (324 meses), con una media de 8,6(103,4meses), mediana de 4,5(54meses) y una desviación típica de 9(109meses), dato congruente con la edad que está entre los 22 y 58 años, con una media de 34,5, mediana de 32 y una desviación estándar de 10,8 (ver anexo J) estos datos por si solos no son muy dicientes pero al relacionarlos con algunos de los ítems encontramos hallazgos importantes que a continuación se describirán.

Gráfica 4-8: Edad

Con respecto a los resultados y los datos de caracterización se encuentran algunos elementos relevantes: en el tiempo de experiencia, se halla que en cuanto a si los deseos del paciente son respetados (ítem 19) (ver anexo H), las enfermeras que tienen menos de 5 años de experiencia se presenta la calificación de este ítem como algunas veces, contrario a las enfermeras que tienen más de 5 años de experiencia, las cuales en su totalidad califican este ítem con frecuencia y siempre. Es de relevancia que solo

algunas veces se respeten los deseos del paciente, en el caso de pacientes en plenitud de facultades mentales, que pueden expresar su opinión de aceptar o rechazar los cuidados u otras medidas terapéuticas implicados con estos. En esta situación se puede deducir que el principio ético de la autonomía, está siendo vulnerado, aún en casos en los que los pacientes no son capaces de comunicar sus deseos, ya que los familiares tendrían el derecho de interpretar los deseos del paciente.

Con respecto a el tiempo de experiencia y si existe un ambiente propicio para cuestionar, aprender y ser creativos para responder a los problemas de cuidado de los pacientes (ítem 21) (ver anexo H), las enfermeras que tienen menos de 5 años de experiencia, en su mayoría perciben que solamente algunas veces esto se da, contrario a las enfermeras que tienen más de 5 años de experiencia, las cuales en su mayoría perciben que siempre o con frecuencia esto se da. Tiene mucha lógica porque cuando se tiene más experiencia, se cuenta con más conocimientos y habilidades para la resolución de problemas. Sería interesante confirmar si realmente esa relación es directa, ¿a mayor experiencia hay mayor creatividad, aprendizaje y cuestionamiento?, con una población mayor, en la cual se pueda hacer inferencia, y comprobar este hallazgo.

Se encuentra relación en el tiempo de experiencia, y si las enfermeras y los médicos respetan la opinión de cada uno, incluso cuando hay desacuerdo en lo que es mejor para el paciente (ítem 17) (ver anexo H), las enfermeras que tienen menos de 5 años de experiencia en su mayoría perciben que solamente esto algunas veces se presenta, en tanto que las enfermeras que tienen más de 5 años de experiencia en su mayoría perciben que esto se presenta con frecuencia. Esto puede tener relación con el hecho de que a mayor experiencia, mayor criterio para decir sobre lo que es mejor para el paciente, relacionado con la habilidad, la experticia y el conocimiento del servicio.

En el tiempo de experiencia, se encuentra que en cuanto a “en este hospital las enfermeras son apoyadas y respetadas” (ítem 26) (ver anexo H), las enfermeras que tienen menos de 5 años de experiencia, aparece la puntuación algunas veces, contrario a las enfermeras que tienen más de 5 años de experiencia en donde la mayoría perciben esta situación como con frecuencia y siempre.

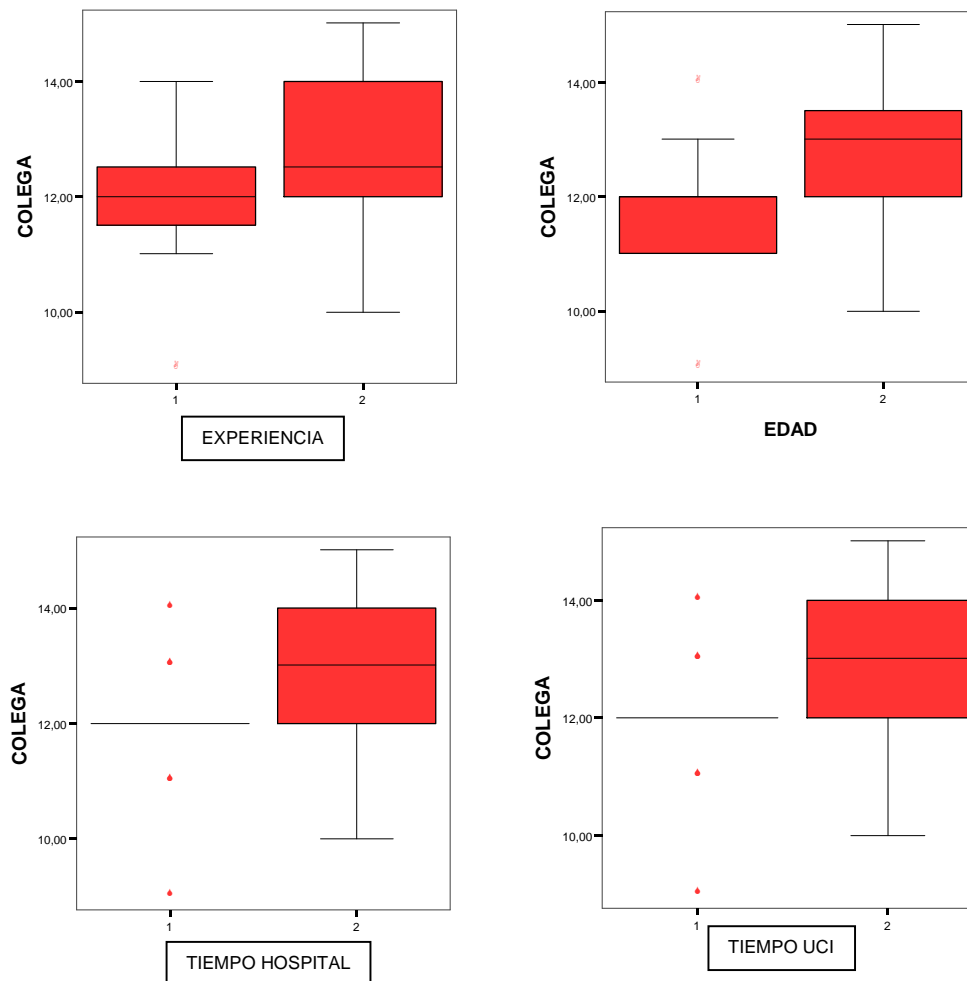
En el tiempo de experiencia, se encuentra que en cuanto a si los médicos le preguntan a las enfermeras su opinión acerca de las decisiones tomadas respecto al tratamiento de su pacientes (ítem 9) (ver anexo H), las enfermeras que tienen menos de 5 años de experiencia califican en su mayoría que tan solo algunas veces son tenidas en cuenta y aparece la calificación de nunca en este ítem, por el contrario las enfermeras que tienen más de 5 años de experiencia perciben que con frecuencia y siempre son tenidas en cuenta, al igual que si las enfermeras y los médicos confían entre sí, las enfermeras que tienen menos de 5 años de experiencia perciben en su mayoría que tan solo algunas veces se da esta confianza, contrario a las enfermeras que tienen más de 5 años de experiencia, quienes perciben que con frecuencia y siempre se da la confianza mutua; esta situación tiene varias implicaciones en el ejercicio profesional ya que está de por medio la confianza, el trabajo en equipo, el reconocimiento por la labor ejercida, el compromiso con el cuidado del paciente.

Con referencia a si se da a conocer a los usuarios sus derechos como pacientes (ítem 34) (ver anexo H), el tiempo de experiencia también se relaciona, ya que las enfermeras que tienen menos de 5 años de experiencia aparece la calificación de nunca y en su mayoría tan solo algunas veces, contrario a las enfermeras que tienen más de 5 años de experiencia, quienes en su totalidad califican este ítem con frecuencia y siempre. Con respecto a si los registros en la historia clínica de los pacientes son fieles a los hechos(ítem 39) (ver anexo H), las enfermeras que tienen menos de 5 años de experiencia, aparece la calificación de algunas veces, mientras que las enfermeras que tienen más de 5 años de experiencia en su mayoría lo califican como siempre, lo cual es congruente también con referencia a si los hábitos de los pacientes son tenidos en cuenta para el cuidado(ítem 33) (ver anexo H), las enfermeras que tienen menos de 5 años de experiencia en su mayoría perciben que solo algunas veces se da esta situación, en tanto que las enfermeras que tienen más de 5 años de experiencia en su mayoría califican este ítem como siempre o con frecuencia. Cabe preguntarse si con respecto a estos datos encontrados, habrá alguna brecha entre lo que se piensa y lo que se hace, ¿habrá congruencia?

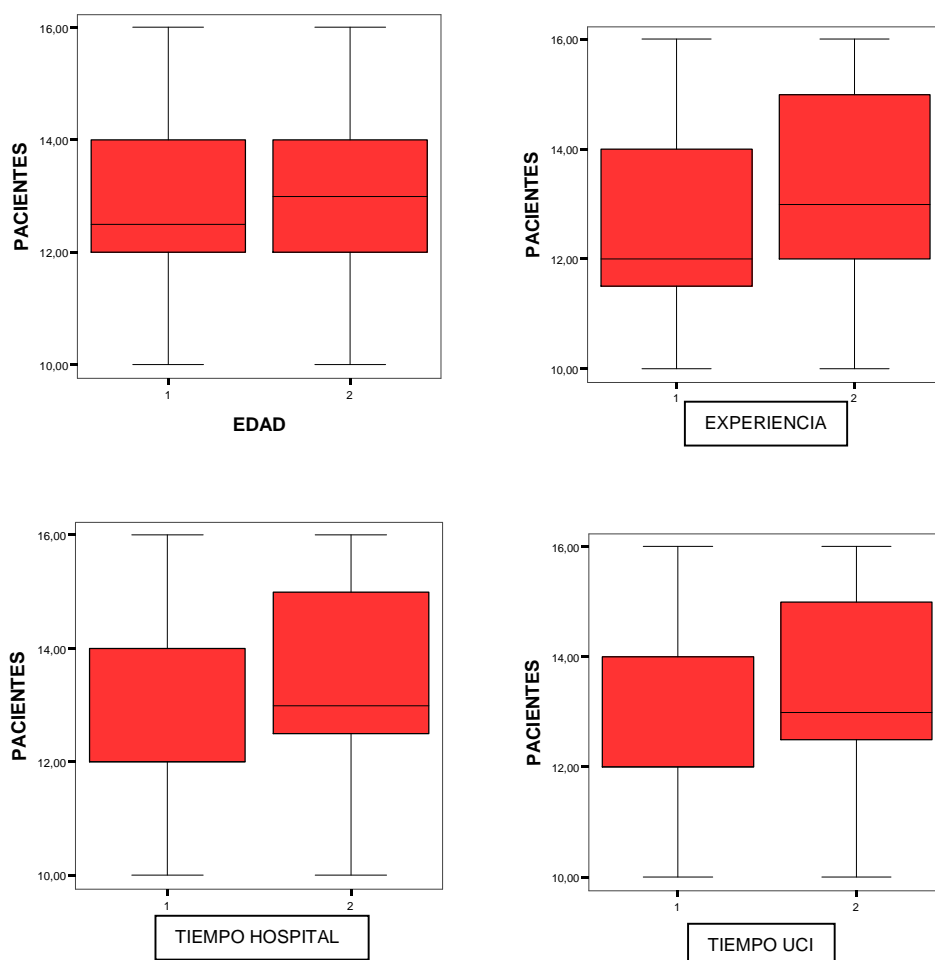
Para describir la percepción del clima ético con base en las categorías del instrumento y los datos de tiempo de experiencia, tiempo en UCI y edad se formaron dos categorías teniendo en cuenta la mediana de los datos, edad categoría 1 menor de 32 años y categoría 2 mayor de 32 años, tiempo de experiencia que tiene una mediana de 4,5 años se aproximó a 5 años, la categoría 1 es menor de 5 años de experiencia y la categoría 2 mayor de 5 años de experiencia; el tiempo en UCI que oscila entre 3 meses y 192 meses (16 años) con una media de 54 meses, mediana de 24 meses y desviación estándar 68,7(ver anexo J), las dos categorías de tiempo en UCI se hicieron con base en la mediana 2 años, categoría 1 menor de 2 años, categoría 2 mayor de 2 años; el tiempo en el hospital oscila entre 3 meses y 324 meses (27 años) con una media de 79 meses (6,5 años), mediana de 24 meses y desviación estándar 109 (9 años) (ver anexo J), los principales hallazgos son:

Tanto a mayor experiencia y tiempo en la UCI y en el hospital como a mayor edad mejor colegaje de acuerdo a los datos de promedio obtenidos lo cual se evidencia en las gráficas a continuación.

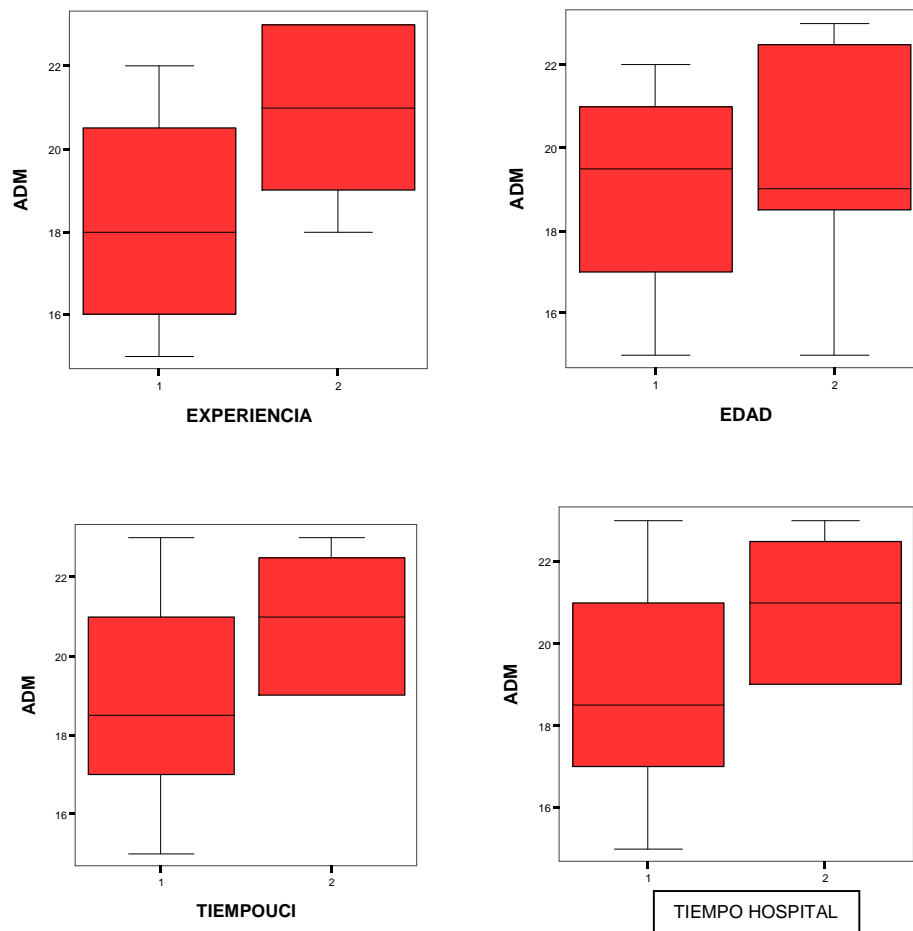
Gráfica 4-9: Tiempo de experiencia, tiempo en el hospital, tiempo en UCI y edad en relación con categorías instrumento (ECEH)



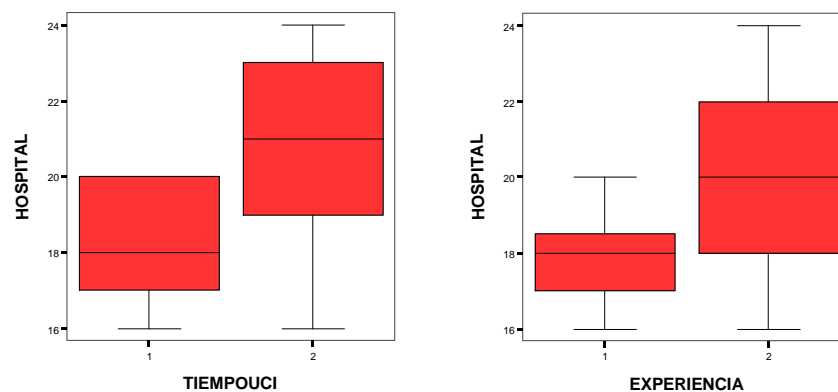
A mayor experiencia y mayor tiempo en la UCI y en el hospital la percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con pacientes, tiene una mejor calificación con un mejor promedio y un rango de variabilidad similar, pero a mayor edad las calificaciones son muy similares, no hay diferencia significativa aunque el promedio es ligeramente más alto con el rango de mayor edad.

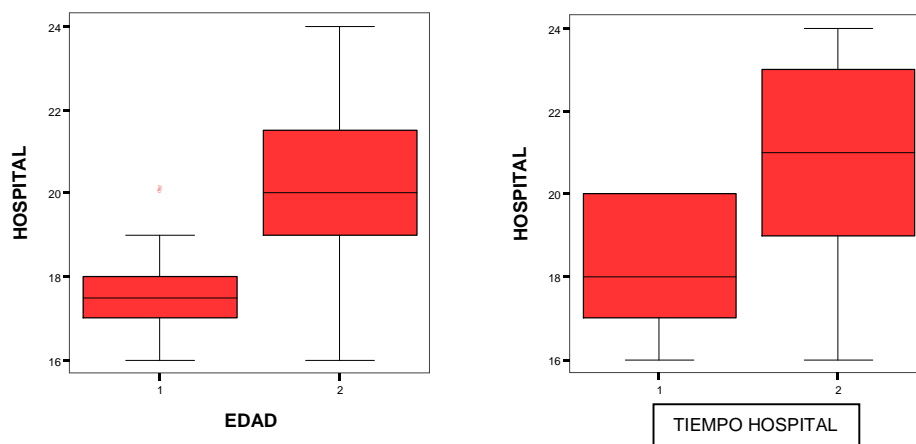


A mayor experiencia y mayor tiempo en la UCI y en el hospital la percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con administradores (coordinador-jefe inmediato), tiene una mejor calificación con un mejor promedio y un rango de variabilidad similar, pero a mayor edad el promedio es ligeramente superior en el personal más joven, no obstante las calificaciones en general son superiores en el rango de edad 2, como se evidencia en las gráficas a continuación.

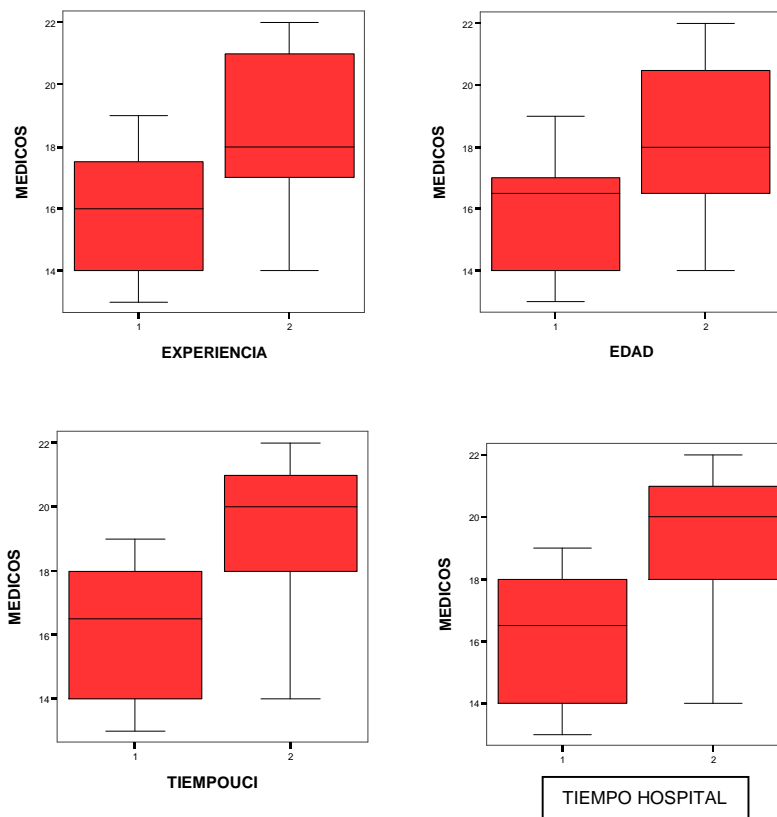


A mayor experiencia, mayor edad, mayor tiempo en UCI y en el hospital, la percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con el hospital, tiene una mejor calificación con un mejor promedio, como se observa en las gráficas a continuación.



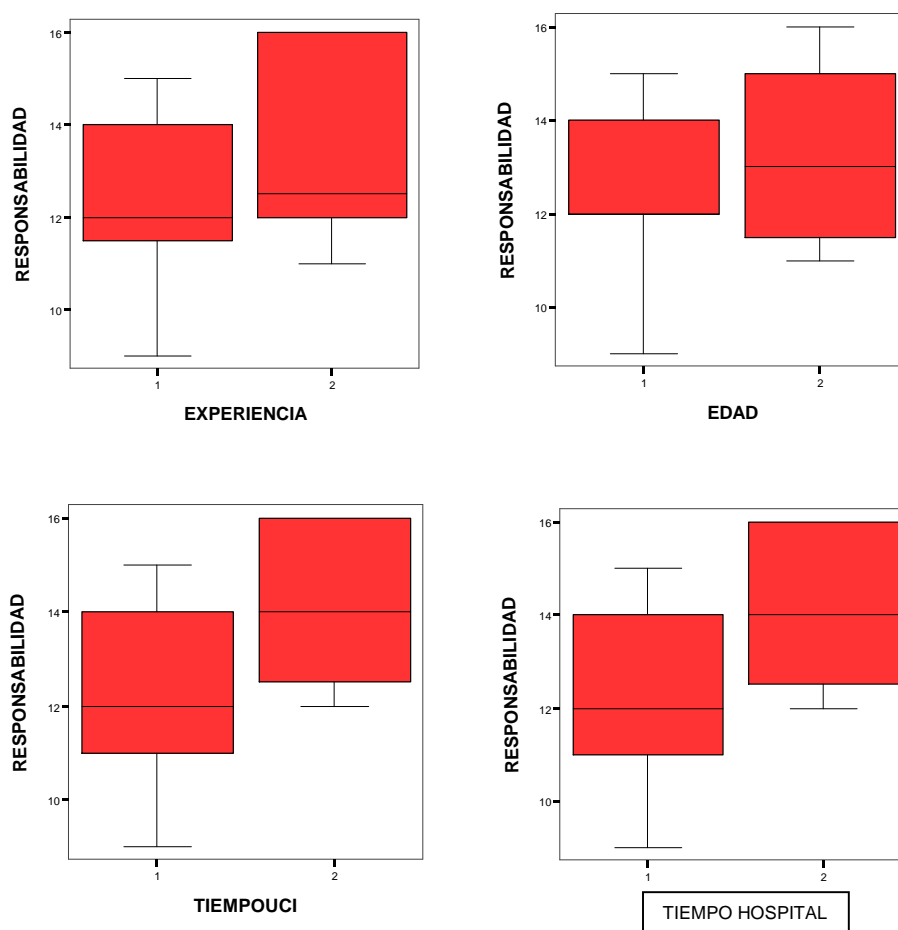


A mayor experiencia, mayor tiempo en la UCI y en el hospital y mayor edad la percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con médicos, tiene una mejor calificación con un mejor promedio, como se evidencia en las gráficas a continuación.



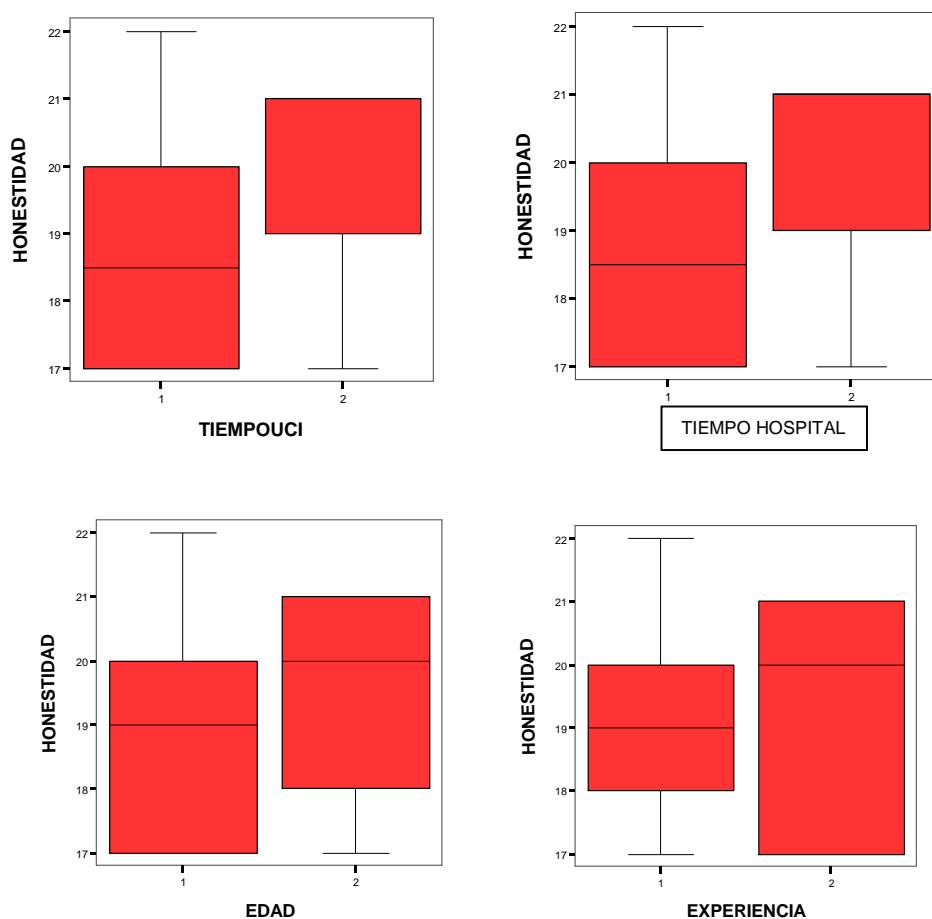
A mayor experiencia, mayor tiempo en la UCI y en el hospital, y mayor edad la percepción de los profesionales de Enfermería del valor de la responsabilidad, tiene una mejor calificación con un mejor promedio, no obstante el promedio con los dos rangos en el tiempo de experiencia son muy similares, aunque las calificaciones en la categoría 2 son más altas, como se evidencia en las gráficas a continuación.

Gráfica 4-10: Valor de la responsabilidad en relación con datos de caracterización (persona, tiempo y lugar)



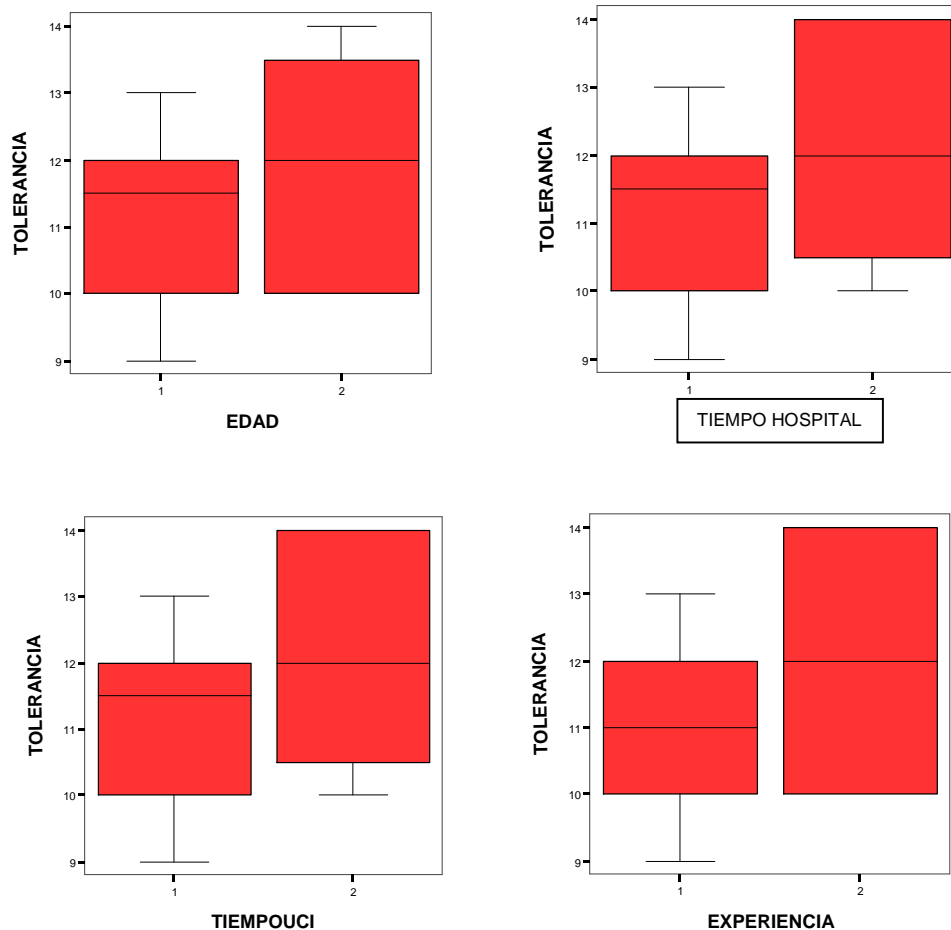
A mayor experiencia, mayor tiempo en la UCI y en el hospital, y mayor edad la percepción de los profesionales de Enfermería del valor de la honestidad, tiene una mejor calificación con un mejor promedio, en el grupo 1 con relación a la edad, tiempo hospital y tiempo UCI, presenta calificaciones muy bajas, pero el grupo 2 a pesar de tener un promedio superior en todo presenta calificaciones muy bajas con respecto a la experiencia aunque su promedio sea superior al del grupo 1.

Gráfica 4-11: Valor de la honestidad en relación con datos de caracterización (persona, tiempo y lugar)

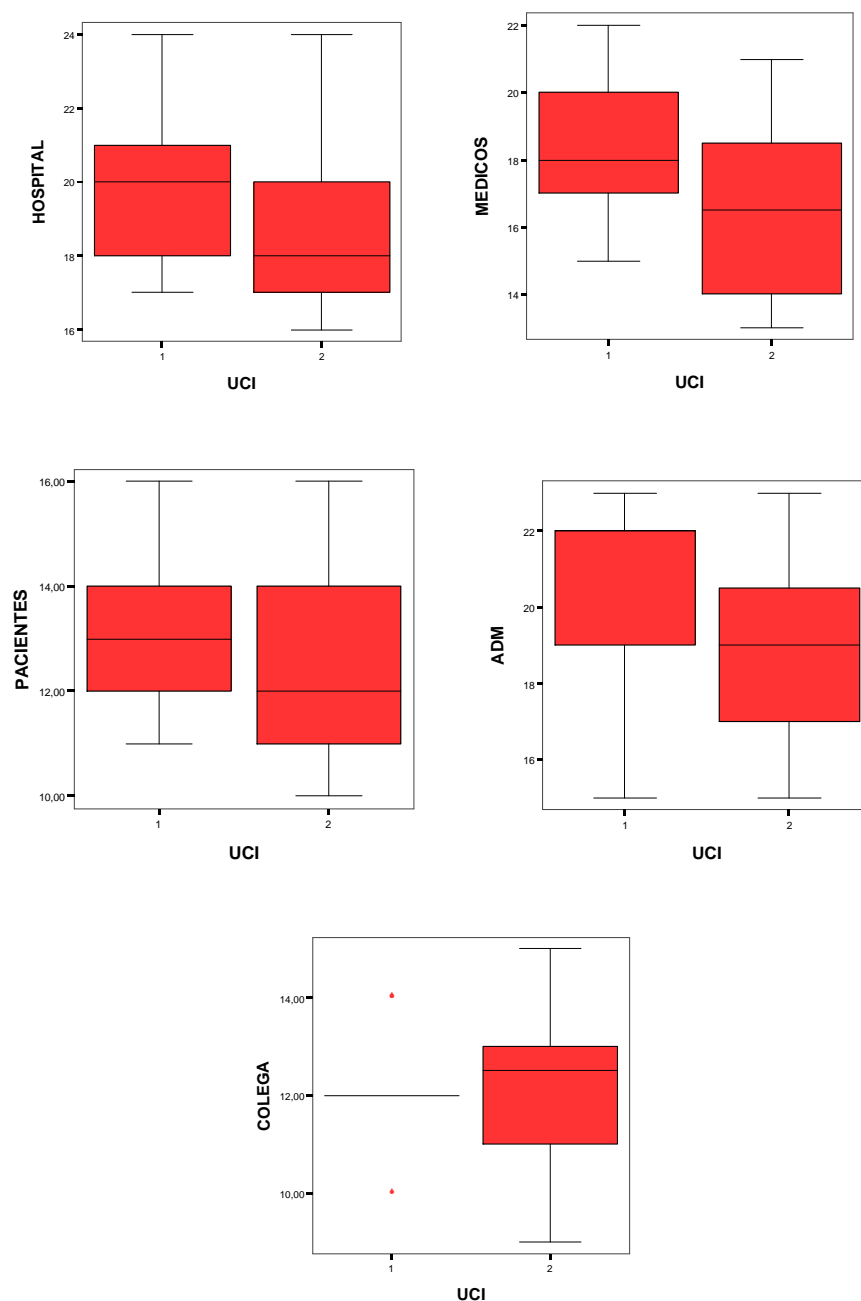


A mayor experiencia, mayor tiempo en la UCI y en el hospital, y mayor edad la percepción de los profesionales de Enfermería del valor de la tolerancia, tiene una mejor calificación con un mejor promedio, en el grupo 1 con relación a la edad, el promedio es muy similar solo ligeramente mayor para el grupo 2, como se puede observar en las siguientes gráficas.

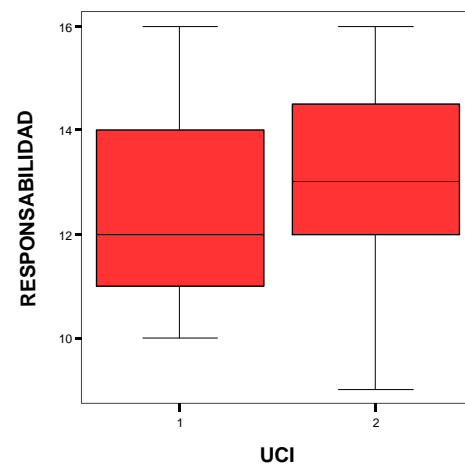
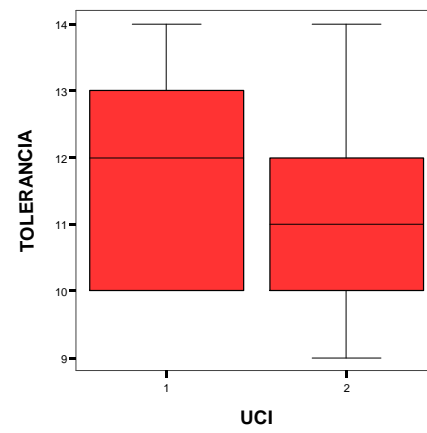
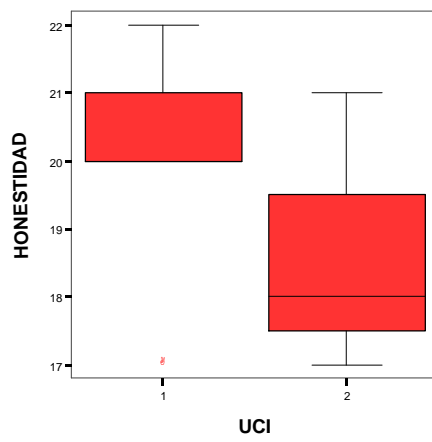
Gráfica 4-12: Valor de la tolerancia en relación con datos de caracterización (persona, tiempo y lugar)



La percepción de los profesionales de Enfermería del clima ético en su relación con hospital, médicos, pacientes, administradores dependiendo el tipo de UCI (1 adultos, 2 neonatos) es más positiva con un mejor promedio en la unidad 1 (adultos), solo en la categoría colegas el promedio para la unidad 1 es ligeramente más bajo, aunque en la unidad 2 hay mayor variabilidad en esta categoría, como se evidencia en las gráficas a continuación.

Gráfica 4-13: Tipo de UCI (adultos-neonatos) en relación con categorías instrumento (ECEH)

Con respecto al tipo de UCI y los valores éticos: honestidad y tolerancia para la UCI 1 adultos el promedio es superior, pero en cuanto a la responsabilidad la unidad 2 neonatos tiene un mejor promedio, como se muestra en las gráficas a continuación.



5. Conclusiones, recomendaciones y limitaciones

A continuación se describen las principales conclusiones que se obtienen en esta investigación.

Este estudio se enfocó en describir el clima ético hospitalario percibido por los profesionales de enfermería, que laboran en 4 Unidades de Cuidado Intensivo de 2 instituciones de salud en la ciudad de Bogotá. Esta descripción se hizo con base en la aplicación del instrumento sobre la Percepción de las Enfermeras del Clima Ético Hospitalario. (ECEH), diseñado por Olson, instrumento que goza de validez y confiabilidad, para el contexto Colombiano. Este instrumento agrupa factores que representan prácticas organizacionales, las cuales se toman como indicadores del clima ético organizacional, de acuerdo a la relación con colegas, pacientes, coordinadores, hospital y médicos, y algunas preguntas relacionadas con los valores éticos de honestidad, responsabilidad y tolerancia (considerados relevantes para el sistema de salud Colombiano). Finalmente, Se muestran las limitaciones encontradas y las recomendaciones para futuros estudios en esta área.

5.1 Conclusiones

Con los resultados de este estudio, se pretendía generar una oportunidad a la construcción de un clima ético favorable para el ejercicio profesional, en las instituciones de salud, de acuerdo a los hallazgos se deben desarrollar estrategias que tiendan a mejorar el clima ético en los lugares de trabajo de las enfermeras (ros), lo cual es un beneficio no solo para enfermería y los sujetos de cuidado y la familia, sino también para la organización, al contribuir en satisfacción del cliente interno y externo, y con esto mostrar productividad para todos los miembros de la organización y reconocimiento positivo ante la sociedad.

La ética empresarial, le apuesta a favorecer un clima ético, en el cual enfermería se vea empoderada, por su lugar en la organización, la relación con sus colegas y con otros miembros del equipo de salud y por una coherencia entre principios y valores organizacionales y profesionales.

Se puede concluir que en cuanto al colegaje con frecuencia hay escucha 76% y ayuda frente a los problemas relacionados con el cuidado del paciente 67%, tanto de sus pares como de su superior, pero solo el 29% de los participantes consideran que siempre trabaja con colegas competentes, lo que revela falta de colegaje. Esto es muy dicente ya que las UCI son espacios más cerrados y específicos en los que los profesionales de enfermería que laboran allí tienen una muy cercana relación profesional, y requieren mucha coordinación por la complejidad de los cuidados de sus pacientes. Es decir que si esto se detecta en las UCI, es posible que en los otros servicios esto tienda a desmejorar, teniendo en cuenta el hallazgo del estudio de Bahcecik y Oztürk¹⁵⁵ en el que se encontró que las enfermeras que trabajaban en UCI tenían percepción de mejores climas éticos que otras dependencias de los hospitales, probablemente, según los autores, porque en ellas hay más observancia de los comportamientos éticos.

En la percepción de los profesionales de Enfermería en su relación con personal administrativo (coordinador-jefe inmediato), se encuentra que existe respeto hacia el jefe mayoritariamente (67% siempre), pero no igualmente la confianza (52% siempre) y escucha frente a los problemas de cuidado (48% siempre) y apoyo en las decisiones que se toman acerca del cuidado de los pacientes (29% siempre). Esto implica que el respeto es mediado por la autoridad del cargo, no precisamente basado en la confianza y en el apoyo que se percibe del jefe inmediato, similar a lo reportado en el estudio de Muñoz et al¹⁵⁶.

En la relación del enfermero(a) y el médico(a) en algunos casos no hay una relación profesional basada en la confianza 33% responden algunas veces y solo el 14% siempre; se conserva asimetría en la relación y el médico es autoridad frente al enfermero ya que solo algunas veces (48%) los médicos preguntan a las enfermeras (ros) su opinión acerca de las decisiones tomadas con respecto al tratamiento de los pacientes, el siempre solo es el 9%, al igual que el respeto por la opinión de cada uno, en la que el siempre no supera el 29%, similar a los hallazgos en el estudio de Muñoz et al¹⁵⁷, y Guio¹⁵⁸.

En la percepción de los profesionales de enfermería en su relación con pacientes, se concluye que no siempre los pacientes saben que esperar de su cuidado, ya que el siempre no supera el 33%, al igual que el respeto por los deseos del paciente (38% siempre), lo cual puede llegar a ser incompatible con el derecho a recibir un trato digno respetando creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre. Hay una subutilización respecto al uso de la información

¹⁵⁵ BAHCECIK, Nefise and OZTÜRK, Havva. Op. cit., p. 94–99.

¹⁵⁶ MUÑOZ, Olga, et al. Op. cit., p. 35.

¹⁵⁷ Ibid

¹⁵⁸ GUIO, Manuel Francisco. Op. cit., p. 77.

necesaria para resolver los problemas de cuidado de los pacientes ya que teniendo acceso a ella siempre en un 48%, solo el 29% siempre la utiliza.

En la percepción de los profesionales de enfermería en su relación con el hospital, hay hallazgos no concordantes, ya que aunque en su mayoría los participantes refieren compartir un claro significado de la misión del hospital, 57% con frecuencia y 19% siempre, son pocos (29% siempre y 29% con frecuencia) los que consideran que las políticas del hospital le orientan cuando hay problemas en el cuidado del paciente y más pocos aun los que perciben que existe un ambiente propicio para cuestionar, aprender y ser creativos para responder a los problemas de cuidado de los pacientes en el cual el siempre no supera el 14%. Es decir que las enfermeras (ros) se comportan más como profesionales que como miembros de una empresa, pues aunque no siempre las políticas del hospital orienten ante problemas de cuidado, en su gran mayoría siempre o con frecuencia practican la enfermería como cree que debe practicarse. Ulrich en su estudio reporta que entre los factores más relacionado con la satisfacción en el trabajo y el deseo de abandonarlo es, en su orden, ser respetado y valorado como miembro del equipo de trabajo, el horario de trabajo y la identificación con la misión de la institución¹⁵⁹.

Con respecto al valor de la responsabilidad se hace más visible frente al hecho de asumir la consecuencia de sus actos 33% siempre, la aplicación de protocolos frente al cuidado del paciente 52% siempre, se detectan factores importantes ya que no siempre se da a conocer a los usuarios sus derechos 48% siempre y aparece el nunca 5%. Lo cual también es congruente con el valor de la honestidad ya que hay algunas ocasiones en que solo algunas veces los registros en la historia clínica de los pacientes son fieles a los hechos el siempre solo llega al 62%. La honestidad de la institución frente a sus empleados, se ve afectada ya que no se percibe que siempre la institución reconozca los aciertos y desaciertos de sus trabajadores sin privilegiar a nadie, en el cual el siempre no existe y el con frecuencia solo llega al 43%, y aparece el nunca con un 5%.

En cuanto la tolerancia se percibe que no siempre las instituciones tienen en cuenta las sugerencias de clientes internos el siempre no existe y el 62% lo califica con frecuencia y la intervención de la familia en el cuidado al paciente 33% siempre y aparece el nunca 5% y si los hábitos de los pacientes son tenidos en cuenta para su cuidado el siempre no supera el 14%, al parecer el paciente y su familia se consideran sujetos pasivos en el cuidado.

En cuanto a los datos de caracterización socio-demográficos, se encontró relación entre el tiempo de experiencia, tiempo en UCI, tiempo hospital y la edad, la percepción del clima ético, es más positivo en los profesionales de enfermería con mayor experiencia 5 años o más, este dato no es congruente con lo reportado en el estudio de Bahcecik y Oztürk, en el cual se concluyó que las enfermeras jóvenes, tienen una percepción de

¹⁵⁹ ULRICH, Connie et al. Ethical climate, ethics stress, and job satisfaction of nurses and social workers in the United States. In: Social Science Medicine. 2007, vol. 65 no. 8, p. 1708–1719.

mejor clima ético en sus instituciones que enfermeras de mayor edad¹⁶⁰, se sugiere investigar más a profundidad esta relación.

Para este estudio se encuentran diferencias en la percepción del clima ético dependiendo la UCI adulto o neonatal, siendo en general más positiva en la UCI adulto.

5.2 Recomendaciones y limitaciones

Se recomienda a las instituciones participantes continuar el estudio de clima ético en el total de servicios de las instituciones con lo cual se logren generar estrategias para mejorar puntos álgidos percibidos y de esta manera implementar condiciones organizacionales que a todo nivel favorezcan la toma de decisiones éticas.

Se sugiere en futuros estudios ampliar la población tanto en UCI como de otros servicios y corroborar si efectivamente como lo menciona la literatura la percepción de clima ético varía dependiendo el servicio o unidad de atención.

Los resultados de este y otros estudios al respecto han de ser utilizados desde la academia, ya que aspectos en formación ética y valores han de ser abordados desde el pregrado, para lograr fortalecer la disciplina y el ejercicio profesional.

Se debe continuar investigando al respecto para lograr bases sólidas que justifiquen ante entes políticos la necesidad de mejores condiciones en el sistema de salud para el ejercicio profesional de enfermería y de otros profesionales de la salud. Ya que el clima ético se da en el interior de la organización, pero está permeada por un contexto social, político y económico que muchas veces genera obstáculos.

Investigaciones futuras deben incluir otros profesionales de la salud en el estudio, ya que el clima ético no es una percepción única de enfermería, sería muy enriquecedor contrastar con la percepción de otros profesionales.

Este estudio da muestras que algunos datos demográficos, como el tiempo de experiencia, la edad y el nivel de formación están fuertemente ligados con algunas percepciones en cuanto el clima ético, es interesante probar más ampliamente este tipo de relaciones, las cuales en estudios en el exterior ya se han descrito, esto con el fin de dar el valor que se merece la formación posgraduada, y la experiencia entre otras, y de fortalecer condiciones dignas de trabajo en cuanto a género, considerando que enfermería continúa siendo una profesión ejercida en su mayoría por mujeres.

¹⁶⁰ BAHCECIK, Nefise and OZTÜRK, Havva. Op. cit., p. 94–99.

Se hace un llamado a las facultades de enfermería para que desde el pregrado se incentive la formación en esta área y se dé el valor real que tiene para la profesión, ya que es acá donde se puede luchar por condiciones dignas para el ejercicio profesional con lo cual se puede permear las organizaciones de salud y el establecimiento de un clima ético que favorezcan un cuidado óptimo del paciente y que permitan que los profesionales de enfermería quieran y puedan dar un cuidado de calidad con una base ética.

Se hace un llamado a los profesionales de enfermería a participar en este tipo de estudios, ya que no son punitivos, sino por el contrario son enriquecedores al tocar temas tan álgidos como el clima ético, que al hacer visibles condiciones, relaciones o situaciones específicas que estén afectando la organización y el ejercicio profesional se pueden lograr mejoras que favorezcan el clima ético.

Una de las principales limitaciones del estudio es que se hace con una población muy específica que son los profesionales de enfermería que laboran en UCI, lo cual hace que en número la población no sea muy grande y no se puedan generalizar los resultados al resto de la institución por lo cual se sugiere que las instituciones lo amplíen y corroboren diferencias significativas en los diferentes servicios.

Es necesario que las instituciones en salud procuren el mejor servicio posible hacia los pacientes, sin que esto implique una sobrecarga de trabajo, despreocuparse por la calidad de las relaciones interpersonales en los puestos de trabajo. Se debe velar por cultivar relaciones interpersonales de confianza con sus trabajadores y atender al bienestar emocional, ya que se ha comprobado que el clima organizacional está también relacionado con estrés, satisfacción laboral, ausentismo y sufrimiento moral, de acuerdo a la revisión de estudios en clima ético mencionados en este estudio.

Bibliografía

ABASCAL RAMOS, Mainé y ACOSTA SARIEGO, José Ramón. Consideraciones acerca de la aplicación de una ética renovada al proceso de atención de Enfermería [en línea]. En: Rev Cubana Enfermería. 2001, vol. 17 no. 1. [citado mayo 18, 2010]. Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192001000100004&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-0319.

AIKEN, Linda et al. Hospital staffing, organization, and quality of care: crossnational findings. In: Int J Qual Health Care. 2002, vol. 14.

ALVARADO GARCIA, Alejandra. La ética del cuidado. En: Revista Aquichan. Universidad de la Sabana. Octubre 2004, vol. 4 no. 4. ISSN 1657-5997.

AMARO CANO, María del Carmen. Toma de decisiones éticas aplicada a la especialidad de Enfermería [en línea]. En: Rev Cubana Enfermería. 2004, vol. 20 no. 3 [consultado mayo 20, 2010]. Disponible en Internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0864-0319

BAHCECIK, Nefise and OZTÜRK, Havva. The Hospital ethical climate survey in Turkey. In: Journal of Nursing administration. Healthcare law. ethics and regulation. 2003, vol. 5.

BART, Victor y CULLEN, John B. A theory and measure of ethical climate in organizations. Citado por: FERRATO Elio y COUTINHO DE ARRUDA Maria. Clima Ético Corporativo: Una aplicación del modelo de Víctor y Cullen en las empresas del estado de São Paulo. En: Cuadernos de Difusión PE. 2005, vol. 10 no. 18-19.

BARNETT, Tim y VAICYS, Cheryl. The moderating effect of individuals' perceptions of ethical work climate on ethical judgements and behavioral intentions. In: journal of business ethics. 2000, vol. 27 no. 4.

BELTRÁN ROA, Paula Andrea et al. Validez facial y validez de contenido del instrumento diseñado por Víctor y Cullen para medir clima ético en profesionales de la salud de instituciones hospitalarias en Bogotá. Tesis. Maestría en enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2009.

BOL OF SANIT PANAM. Códigos Internacionales de la Ética en Investigación. 1990. Tomado de: Hipertexto Ética y Bioética, Maestría en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

CARVALLO, Beatriz. Conmemoración del Día Internacional de la Mujer, marzo 8 de 2010. En: Revista ANEC. Agosto 2010, no. 71.

CARVALLO, Beatriz. Principales indicadores sociolaborales aportados por el Run. En: Revista ANEC. Enero 2011, no. 72.

CEPAL, División de Asuntos de Género. Tiempo total de trabajo (remunerado y no remunerado) [online]. 2010. [cited Dec. 1, 2011] Available from Internet: <http://www.cepal.org/oig/noticias/paginas/3/38403/TiempoTotalTrabajo.pdf>

CHIAVENATO, Idalberto. Introducción a la teoría general de la administración. Bogotá: Mc. Graw Hill. 1999.

CIRILLO JOBIM, Cynthia Maria and COUTINHO DE ARRUDA, Maria Cecilia. Ethical climate in companies: relationship between position and work time in the organization. São Paulo: Fundação Getulio Vargas – São Paulo Rua Itapeva.

COLOMBIA. Ministerio de Educación Nacional. Deserción estudiantil en la educación superior colombiana Metodología de seguimiento, diagnóstico y elementos para su prevención 2009 [en línea]. [consultado diciembre 1, 2011] Disponible en Internet: http://www.mineduacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/articles-254702_libro_desercion.pdf

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución 13437 de 1991. Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Bogotá: El Ministerio. 1991.

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, Revisada 2002, por la cual se establecen las normas éticas para la investigación en salud [en línea]. Los profesionales del exterior, deben revisar las normas de investigación de sus respectivos países. Bogotá: El Ministerio. 1993.

CONSEJO DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE LAS CIENCIAS MÉDICAS (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, Ginebra. 2002.

CORTINA, Adela y CONILL, Jesús. Democracia participativa y sociedad civil. Una ética empresarial. Santafé de Bogotá: Fundación social. Siglo del Hombre Editores. 1998.

CORTINA, Adela. Ética del consumo [en línea]. En: Claves de razón práctica. Noviembre 1999, no. 97 [consultado diciembre 10, 2010] Disponible en Internet: http://claves.progresa.es/pdf/1999/Claves_097.pdf#page=34

CORTINA, Adela. Las tres edades de la ética empresarial [en línea]. En: Construir confianza, ética de la empresa en la sociedad de la información y las comunicaciones. Madrid: Universidad de Valencia. 2004. Disponible en Internet: http://www.etnor.org/doc/Adela-Cortina-Tres_edades_etica_empresarial.pdf

CULLEN, John B et al. The effects of ethical climates on organizational commitment: a two study analysis. In: Journal of business ethics. 2003, vol. 46 no. 2.

CULLEN, John B.; VICTOR, Bart and STEPHENS, Carol. An ethical weather report: assessing the organization's ethical climate. In: Organizational Dynamics. Citado por: CIRILLO JOBIM, Cynthia Maria and

COUTINHO DE ARRUDA, Maria Cecilia. Ethical climate in companies: relationship between position and work time in the organization. São Paulo: Fundação Getulio Vargas – São Paulo Rua Itapeva. 2002.

De OLIVEIRA, Camilo y SENA CHOMPRÉ, Roseni. Estrategias para el desarrollo de la práctica de Enfermería. Simposio Nacional de Enfermería. Chía: Universidad de la Sabana. Septiembre 5 y 6 de 1996. Medio magnético.

DRUCKER, Peter F. La Gerencia – Tareas, Responsabilidades y prácticas. Ed. El Ateneo. 2001.

ECHEGOYEN OLLETA, Javier. Filosofía medieval y moderna. Hume. En: Historia de la Filosofía. Vol. 2. Madrid: Editorial Edinumen. 1996.

ERAKOVICH, Rod et al. Preliminary results: a study of the relationship of ethical climate and organizational culture in public organizations [online]. Prepared for presentation at the

American Society for Public Administration National Conference Phoenix, Arizona. Marzo 23–26 de 2002. Available from Internet: <http://www.aspaonline.org/ethicscommunity/documents/Ethical%20Climate%20Paper%20Prelim%20Findings.pdf>.

ETKIN, Jorge. La empresa competitiva grandeza y decadencia. Santiago de Chile: Mc. Graw Hill. 1996.

FARRELL, Marlene. Tendencias y proyección del ejercicio profesional de la Enfermería. En: Simposio Nacional de Enfermería. (1: Septiembre 5 y 6 de 1996: Chía. Universidad de la Sabana). Ponencia. Chía, Cundinamarca. 1996.

FAWCETT, Jacqueline and GARITI, Joseph. Evaluation of middle range theories. In: Evaluating research for evidence-based nursing practice. Cap. 6, FA Davis. 2009. Traducción realizada por: Juan David Cárdenas, 2010.

FAWCETT, Jacqueline. Estructura del conocimiento contemporáneo en Enfermería. En: Nursing Models and Theories. Traducido por Edilma Reales. Davis Company Philadelphia: 2000. Cap 1.

FLORIAN, Víctor. Diccionario de filosofía. Bogotá: editorial panamericana. 2002.

FONTRODONA, Joan y DE LOS SANTOS, Javier. Clima ético de la empresa española: grado de implantación de prácticas éticas. Universidad de Navarra. España. 2004.

FRAILE DUVICQ, Carmen Gloria. Ciencia, ética y enfermería [online]. En: Ciencia y enfermería. 2002, vol. 8 no. 1. [consultado mayo 21, 2010], Disponible en Internet: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532002000100002&lng=es&nrm=iso. ISSN 0717-9553. doi: 10.4067/S0717-95532002000100002.

FRANÇA TARRAGÓ, Omar. El "clima" o "atmosfera" ética: termómetro del ethos empresarial. En: Introducción a la ética empresarial. Clima Ético [en línea]. [consultado octubre 1, 2010] Disponible en Internet: <http://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CFEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ucu.edu.uy%2FPortals%2F0%2FPublico%2FFacultades%2FCiencias%2520Humanas%2FEtica%2FCLIMAeti.doc&ei=wsMAUO0tyMjqAbulsdUG&usg=AFQjCNG41ZRCdkZCen9JRrcrVHG8m7pw0w>

FRY, Sara. Ética en la práctica de Enfermería, Una guía para la toma de decisiones éticas. 3a. ed. México: Manual Moderno. 2008.

GARZÓN ALARCON, Nelly. Retos de Enfermería para el nuevo milenio: situación y tendencias en la práctica de Enfermería. En: Cuidado y Práctica de Enfermería. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería. Grupo de Cuidado. 2000.

GARZÓN, Nelly. Ética en el cuidado de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

GIFFORD, Blair. The relationship between hospital culture and nurses' quality of work life. In: J Healthc Manage. 2002, vol. 47.

GOLDMAN, Anny and TABAK, Nili. Perception of ethical climate and its relationship to nurses' demographic characteristics and job satisfaction [abstract] [online]. In: Nursing Ethics. Mar. 2010, vol. 17 no. 2. [cited November 02, 2010]. Available from Internet: <http://nej.sagepub.com/content/17/2/233.short>

GÓMEZ R, Olga Janneth. ¿Se puede dar cuidado de Enfermería en la gestión de servicios de salud? En: Avances en el Cuidado de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería-Grupo de Cuidado, 2010.

GONZÁLEZ, José María y OCAMPO, Rodrigo. Ética: la ética comunicativa [en línea]. Universidad del Valle. 2003, p. 61-106. [consultado noviembre 1, 2010] Disponible en Internet: http://objetos.univalle.edu.co/files/La_etica_comunicativa.pdf

GRACIA, Diego. Profesión Médica, Investigación y Justicia Sanitaria. Santafé de Bogotá: Editorial El Buho, Ltda. 1998.

GUIO, Manuel Francisco. Dilema Ético en una situación específica en UCI con paciente no recuperable. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería., 2000.

GUISÁN, Esperanza. Introducción a la ética. Cátedra. Madrid. 1995. Citado por: VARÓ PERAL, Àngels. Algunas teorías éticas occidentales. [en línea]. [Consultado marzo 10, 2012] Disponible en Internet: <http://www.nodo50.org/filosofem/IMG/pdf/etica4c.pdf>

GUTIÉRREZ LÓPEZ, Carolina. Validez aparente, validez de contenido y consistencia interna de la encuesta sobre la percepción de las Enfermeras del clima ético hospitalario. Tesis. Maestría en enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería, 2001.

HART, Elizabeth. Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions [abstract] [online]. In: Journal of nursing scholarship: an official publication of sigma theta tau international honor society of nursing / Sigma Theta Tau. 2005, vol. 37 no. 2. Available from Internet: <http://www.medscape.com/medline/abstract/15960062>

HENRY John W. y STONE Robert W. Developing Measures Of Information Technology Ethical Work Climate. En: Journal of Business Ethics. University of Idaho, Moscow. September de 2001, vol. 46 no. 4.

HERNÁNDEZ PLAZAS, Jenny et al. Satisfacción laboral en el personal de enfermería de la E.S.E hospital San Antonio de Soatá [en línea]. En: Rev.salud.hist.sanid.on-line. Septiembre-diciembre 2010, vol.5 no. 2. [consultado noviembre 1, 2011]. Disponible en Internet: www.histosaluduptc.org

HOYOS V, Guillermo. Elementos filosóficos para la comprensión de una política de ciencia y tecnología. Colombia el despertar de la modernidad – Seminario de la Universidad Nacional sobre la política de la ciencia y la tecnología. 1989.

HUSTED, Gladys y HUSTED, James. Teoría Bioética Sinfonológica. En: MARRINER TOMEY, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías de enfermería. Madrid. Elsevier – Mosby, 2007.

INSTITUTO TECNOLÓGICO AUTÓNOMO DE MÉXICO (ITAM). La ética civil [en línea]. En: Estudios, filosofía, historia letras. 1995. [Consultado diciembre 10, 2010] Disponible en Internet: http://biblioteca.itam.mx/estudios/estudio/letras42/textos2/sec_2.html

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. Positive practice environments: quality workplaces =quality patient care. Information and action tool kit [online]. Developed by: Andrea Baumann for the ICN. Ginebra, Suiza: ICN. 2007. Available from Internet: <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2007.pdf>

JOHNSTONE, Megan. Nursing and the injustices of the law. Sydney: WB Saunders/Bailliere Tindall, 1994. Citado por: FRY, Sara. Ética en la práctica de Enfermería, Una guía para la toma de decisiones éticas. 3a. ed. México: Manual Moderno. 2008.

LEROUX, Erick. Le climat éthique dans les entreprises externalisatrices de force de vente en GMS: perception par les vendeurs externalisés, Maître de Conférences, Université Paris XIII. Grimm et Prism-Sorbonne

LÜTZÉN, Kim et al. Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. In: Nursing Ethics [abstract] [online]. Mar. 2010, vol. 17 no. 2. [cited November 10, 2010]. Available from Internet: http://nej.sagepub.com/content/17/2/213.abstract?ijkey=e3983e6f250c64773e48d4dbf798a3657f7bb55f&keytype2=tf_ipsecsha

MALLOY, David et al. Culture and organizational climate: nurses' insights into their relationship with physicians [abstract] [online]. In: Nursing Ethics. Nov. 2009, vol. 16 no. 6. [cited November 01, 2010]. Available from Internet: <http://nej.sagepub.com/content/16/6/719.abstract>

MUÑOZ, Olga, et al. Estudio de clima ético hospitalario en tres instituciones hospitalarias de Bogotá-Colombia. En: Revista Enfermería Universitaria ENEO- UNAM. abril –junio 2008, vol. 5 no. 1.

OLIVEROS, Henry. Manual de investigación Biomédica Clínica. Bogotá: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, Hospital Universitario Clínica San Rafael. 2004.

OLSON, Linda. Hospital nurses perceptions of the ethical climate of their work setting. In: Journal of Nursing Scholarship. 1998, vol. 30 no. 4.

PADILLA, Dolly y SILVA, Patricia. Dilema y toma de decisiones éticas del profesional de enfermería en Unidades de Cuidado Intensivo. En: Revista Actualizaciones en Enfermería. Fundación SantaFe de Bogotá. junio 2007, vol. 10 no. 2.

PALLARES, Ángela. El mundo de las Unidades de Cuidados Intensivos: la última frontera. Tarragona, 2003. Tesis. Doctorado Universitat Rovira I Virgili. Facultad de letras. Departamento de antropología, filosofía. y trabajo social. 2003. Disponible en Internet: <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/8436/Pallares.pdf?sequence=1>

PAULY, Bernadette et al. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate [abstract] [online]. In: Nursing Ethics. Sep. 2009, vol.16 no. 5. [cited November 01, 2010] Available from Internet: <http://nej.sagepub.com/content/16/5/561.short>

PIERCE, Margaret y HENRY John W. A Measure of Information Technology Ethical Work Climate, En: Proceedings of the Decision Sciences Institute, 2003.

PINTO, Juan de J et al. Ajuste, estructura y ambiente como factores claves en la teoría de contingencias [en línea]. En: Estudios gerenciales. Julio - Septiembre de 2003 Universidad ICESI, no. 88. [consultado mayo 16, 2012] Disponible en Internet:

<http://dspace.icesi.edu.co/dspace/bitstream/10906/309/1/jpinto-nsoto-agutierrez-lcatillo-ajuste.pdf>

POLIT, Denise y HUNGLER, Bernadette. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5a. ed. México: Mc Graw Hill - Interamericana. 1997.

PRIETO DE ROMANO, Gloria Inés. Estrategias para mejorar la seguridad en lugares de trabajo de las enfermeras desde la ética [online]. Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia, seccional Santander. En: Congreso Nacional de Enfermería (28: octubre 7 al 10 de 2009: Bucaramanga) [consultado septiembre 13, 2010] Disponible en Internet: http://www.trienfer.org.co/index.php?option=com_content&view=article&id=86:seguridad&catid=35:conferencias&Itemid=37

RAY, Marilyn Anne. Teoría de la atención burocrática. En: MARRINER TOMEY, Ann y RAILE, Martha. Modelos y teorías de enfermería. Madrid., Elsevier – Mosby, 2007.

RODRÍGUEZ LUÑO, Ángel. Ética general. 2a. ed. Pamplona, España: EUNSA. 1993.

ROMERO BALLEEN, María Nubia. El futuro también depende de nosotras ¿Contemporización o Resistencia? [diapositivas]. En: Simposio Nacional de Enfermería. (1: Septiembre 5 y 6 de 1996: Chía. Universidad de la Sabana). Ponencia. Chía, Cundinamarca. 1996.

RUIZ MORALES, Álvaro. Aspectos éticos en la Unidad de Cuidado Intensivo [en línea]. Pontificia Universidad Javeriana. [citado septiembre 01, 2010]. Disponible en Internet: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v43n1/0011%20Aspectos.PDF>

SCHEIN, Edgar H. Organizational culture and leadership. Citado por: SÁNCHEZ QUIRÓS, Isabel. Hacia unos valores culturales más eficaces: el papel de la estrategia en la consecución de mejores resultados Universidad Complutense De Madrid. En: Investigaciones europeas de dirección y economía de la empresa, 23 de enero de 2009, vol. 15 no. 2.

SEAGO, Jean. Work group culture, stress, and hostility: correlations with organizational outcomes. In: J Nurs Adm. 1996, vol. 26 no. 6, p. 39–47.

STONER, James A.F. Administración. México: Prentice Hall Hispanoamericana. 1996.

TEALDI, Juan Carlos. Fundamentos de una ética del cuidado [material no publicado]. Escuela Latinoamericana de Bioética, Gonnet, Argentina, 1992.

ULRICH, Connie et al. Ethical climate, ethics stress, and job satisfaction of nurses and social workers in the United States. In: Social Science Medicine. 2007, vol. 65 no. 8.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Facultad de Enfermería. En: Hipertexto Ética y Bioética. Unidad 1: Conceptualización de Ética y Bioética. I semestre 2010. Bogotá: Maestría en enfermería.

UNIVERSIDAD UEES. Ética y Comunicación [en línea]. 2 diciembre 2011. [consultado junio 15, 2012]. Disponible en Internet: <http://dspace.uees.edu.ec:8080/handle/11018/231>

VÉLEZ VÉLEZ, Marco Antonio. Reflexiones de la ética civil en Colombia [en línea]. En: Universidad de Antioquia. Facultad de ciencias sociales y humanas. Centro de estudios de opinión. [consultado noviembre 1, 2010]. Disponible en Internet: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1505/1161>

WATSON, Jean. Enfermería: Ciencia Humana y Cuidado Humano: Una teoría de Enfermería. En: Nacional League for Nursing. Traducido por Beatriz Sánchez. 1998.

WAGE INDICATOR FOUNDATION. The gender gap – quarterly wage indicator report [online]. In: Web page [wageindicator.org](http://www.wageindicator.org). March 2011 [cited Dec. 1, 2011] Available from Internet: <http://www.wageindicator.org/documents/publicationslist/publications-2011/The-Gender-Gap-WageIndicator-Report-01-2011.pdf>

ZARATE GRAJALES, Rosa A. La Gestión del Cuidado de Enfermería [en línea]. En: Index Enferm. 2004, vol. 13 no. 44-45 [consultado agosto 16, 2010]. Disponible en Internet: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1132-1296. doi: 10.4321/S1132-12962004000100009.

A. Anexo: Instrumento de percepción del clima ético hospitalario

DATOS DE CARACTERIZACIÓN PERSONA, TIEMPO Y LUGAR: Por favor marque con una X el número apropiado o llene el espacio en blanco, según corresponda. Al igual que todas las contestaciones de esta encuesta, sus respuestas serán confidenciales.

1. EDAD EN AÑOS CUMPLIDOS _____

2. UCI DONDE LABORA _____

3. GÉNERO Marque con X

HOMBRE	0
MUJER	1

4. TIEMPO DE EXPERIENCIA EN AÑOS _____

5. NIVEL DE FORMACIÓN Marque con X

PREGRADO	0
ESPECIALIZACIÓN	1
MAESTRÍA	2
DOCTORADO	3

6. SALARIO MENSUAL (\$) _____

7. TIEMPO QUE LLEVA LABORANDO EN ESTE HOSPITAL

8. TIEMPO QUE LLEVA LABORANDO EN ESTA UCI

INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DEL CLIMA ÉTICO HOSPITALARIO

DECLARACIONES		NUNCA	ALGUNAS VECES	CON FRECUENCIA	SIEMPRE
Relaciones					
1	Mis colegas escuchan mis preocupaciones acerca del cuidado de los pacientes	1	2	3	4
2	Los pacientes saben que esperar de su cuidado	1	2	3	4
3	Mi jefe me ayuda cuando no soy capaz de decidir lo correcto o lo incorrecto en una situación de cuidado de un paciente	1	2	3	4
4	Las políticas del hospital me orientan cuando hay problemas en el cuidado del paciente	1	2	3	4
5	Las enfermeras(ros) y los médicos confían entre si	1	2	3	4
6	las enfermeras(ros) tienen acceso a la información necesaria para resolver los problemas de cuidado de los pacientes	1	2	3	4
7	Mi jefe me apoya en las decisiones que tomo acerca del cuidado de mis pacientes.	1	2	3	4
8	las enfermeras(ros) comparten un claro significado de la misión del hospital	1	2	3	4
9	Los médicos preguntan a las enfermeras (ros) su opinión acerca de las decisiones tomadas con respecto al tratamiento de los pacientes.	1	2	3	4
10	Mis compañeros me ayudan a cerca de las dificultades de cuidado con mis pacientes	1	2	3	4
11	Las enfermeras (ros) utilizan la información necesaria para resolver los problemas de cuidado de los pacientes	1	2	3	4
12	Mi jefe me escucha cuando hablo de los problemas de cuidado de los pacientes	1	2	3	4
13	Cuando se toman decisiones se tienen en cuenta los sentimientos y valores de todos los que cuidan al paciente	1	2	3	4
14	Participo en las decisiones que se toman acerca del tratamiento de mis pacientes	1	2	3	4
15	Mi jefe es alguien en quien puedo confiar	1	2	3	4
16	Los conflictos se manejan abiertamente, sin evadirlos	1	2	3	4
17	Las enfermeras y los médicos respetan la opinión de cada uno, incluso cuando hay desacuerdo en lo que es mejor para el paciente.	1	2	3	4
18	Yo trabajo con colegas competentes	1	2	3	4
19	Los deseos del paciente son respetados	1	2	3	4
20	Cuando mis colegas son incapaces de decidir qué es lo correcto i incorrecto en una situación particular de un paciente, he observado que mi jefe les ayuda.	1	2	3	4
21	Existe un ambiente propicio para cuestionar, aprender y ser creativos para responder a los problemas de cuidado de los pacientes	1	2	3	4
22	Enfermeras y médicos se respetan mutuamente	1	2	3	4
23	En mi servicio se brinda al paciente un cuidado seguro	1	2	3	4
24	Mi jefe es alguien a quien yo respeto	1	2	3	4
25	En mi servicio practico la enfermería como creo que debe practicarse	1	2	3	4
26	En este hospital las enfermeras(ros)son apoyadas y respetadas	1	2	3	4
Valores					

2 7	Las personas que laboran en esta institución cumplen de manera responsable sus funciones	1	2	3	4
2 8	La institución reconoce los aciertos y desaciertos de sus trabajadores sin privilegiar a nadie	1	2	3	4
2 9	En esta institución se aplican protocolos frente al cuidado del paciente	1	2	3	4
3 0	Me siento capaz de comunicar mis opiniones frente a los demás compañeros de trabajo	1	2	3	4
3 1	Las personas con las que trabajo aceptan que existen momentos difíciles entre compañeros	1	2	3	4
3 2	La institución tiene en cuenta las sugerencias que hacen sus clientes internos y externos.	1	2	3	4
3 3	Los hábitos de los pacientes son tenidos en cuenta para su cuidado	1	2	3	4
3 4	Se da a conocer a los usuarios sus derechos como pacientes	1	2	3	4
3 5	El paciente conoce la verdad sobre su situación de salud	1	2	3	4
3 6	En el trato a los pacientes predomina su salud sobre el interés económico de la institución	1	2	3	4
3 7	Se permite la intervención de la familia en el cuidado al paciente	1	2	3	4
3 8	En la institución se le informa a los pacientes los beneficios y riesgos de los procedimientos que se le realizan	1	2	3	4
3 9	Los registros en la historia clínica de los pacientes son fieles a los hechos	1	2	3	4
4 0	Los trabajadores asumen las consecuencias de sus actos	1	2	3	4

B. Anexo: Consentimiento informado

Por medio de la presente acepto voluntariamente participar en la investigación titulada: **PERCEPCIÓN DEL CLIMA ÉTICO HOSPITALARIO EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO (UCI)**. Investigación realizada por la Enfermera Jakeline Martínez Zuluaga, aspirante al título de Magister en Enfermería con énfasis Gerencia en Servicios de Salud. El objetivo de la investigación es describir el Clima Ético Hospitalario percibido por los profesionales de Enfermería, en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI) de Bogotá-Colombia, cuyos resultados se espera sean punto de referencia en la generación de políticas y /o estrategias encaminadas al mejoramiento del clima ético hospitalario.

Cumplo con los criterios de inclusión, que son: ser Enfermera (o) profesional: con título universitario de una entidad acreditada por el gobierno, laborar en UCI, tener mínimo tres meses de antigüedad en la institución y en la UCI.

Mi participación consistirá en dar respuesta a la encuesta sobre percepción del Clima Ético Hospitalario, se me ha informado que mi participación, demorará aproximadamente 15 minutos. Previo a dar respuesta a la encuesta, he leído las recomendaciones dadas para su realización, las cuales están anexas en la encuesta.

La investigadora garantiza la confidencialidad y privacidad al momento de responder el cuestionario. Ningún miembro de la institución donde laboró, bajo ninguna circunstancia, podrá acceder al formato de consentimiento informado, así como tampoco a los cuestionarios ya diligenciados. También, se mantendrá el anonimato de la institución en las publicaciones que se hagan. El material recolectado en el proceso de investigación permanecerá en un lugar al que solo tendrá acceso la investigadora. No se conservará archivo alguno de la investigación dentro de la institución. Los formatos de consentimiento informado serán guardados en un archivo diferente. Entiendo que mi participación es totalmente voluntaria y que la firma del formato de consentimiento informado **NO** me obliga de manera alguna a permanecer en la investigación hasta que esta finalice. La investigadora no recibirá ningún pago por la realización de este estudio. Comprendo que por mi participación no recibiré pago alguno.

Declaro que he recibido la suficiente información con respecto al estudio, y comprendo que puedo retirarme del estudio en el momento que lo desee, sin que esto tenga

repercusión negativa alguna. Comprendo que un riesgo, molestia o inconveniente puede ser: generación de estrés y /o fatiga dado por el recuerdo de las situaciones vividas, circunstancias emocionales de relevancia que se hayan presentado en el tiempo que llevo laborando en la institución.

He tenido la oportunidad de manifestar mis dudas y hablar al respecto con la investigadora Jakeline Martínez Zuluaga, quien se ha comprometido a darme información, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier incertidumbre que le plantee acerca de este proyecto.

Lugar y fecha de firma del consentimiento.

Firma del participante _____
C.C. _____

Firma del investigador _____
C.C. _____

Firma del Testigo: _____
C.C. _____

Se entrega copia de este consentimiento al participante.

DESENTIMIENTO

Yo _____ **NO** deseo continuar participando en esta investigación.

Firma _____ . Fecha _____

Email investigadora: jmartinezz@unal.edu.co

Muchas gracias!!

C. Anexo: Solicitud de permiso para la utilización del instrumento percepción del clima ético hospitalario, versión modificada

Bogotá, Febrero 17 de 2011

Profesoras:

OLGA MUÑOZ

BEATRIZ PEÑA RIVEROS

GLORIA LUCIA ARANGO

CAROLINA GUTIERREZ LOPEZ

GLORIA INÉS PRIETO DE ROMANO

Ciudad

Cordial Saludo

Amablemente solicito a Ustedes autorización para utilizar el instrumento: Encuesta percepción clima ético hospitalario, versión modificada.

Este instrumento será utilizado en la investigación que lleva como título percepción del clima ético hospitalario en unidades de cuidado intensivo y cuyo objetivo es Describir el clima ético hospitalario percibido por los profesionales de Enfermería, en Unidades de Cuidado Intensivo de Bogotá-Colombia.

Agradezco su atención y colaboración.

Atentamente.

JAKELINE MARTÍNEZ ZULUAGA

cc.52766788 de Bogotá

Estudiante Maestría en Enfermería III semestre.

Universidad Nacional de Colombia.

D. Anexo: Permiso para la utilización del instrumento percepción del clima ético hospitalario, versión modificada


UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
BIOEBOGOTÁ
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE SALUD DE COLECTIVOS

Bogotá, mayo 4 de 2011

Enfermera
JACKELINE MARTINEZ
Estudiante
Maestría en Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
Ciudad

Respetada Jackeline:

De acuerdo con su solicitud, por este medio me permito autorizar, en representación de los investigadores que participaron en el ESTUDIO DE CLIMA ETICO HOSPITALARIO EN TRES IPS DE BOGOTÁ, el uso del instrumento para medir clima ético que, con base en el diseñado por Linda Olson, fue modificado por el grupo a partir del estudio realizado.

Cordial saludo,


BEATRIZ PEÑA RIVEROS
Co-investigadora principal

c.c. Archivo

ciencia y tecnología para el país
FACULTAD DE ENFERMERIA, UNA CONSTRUCCION COLECTIVA
Carrera 30 No. 45-03, TORRE DE ENFERMERIA piso 8 Oficina 803
Teléfono (01) Corredor: 57 (0) 3145000 Extensión 17017, 17087
Correo electrónico: glanagobi@unal.edu.co
Bogotá, Colombia, Sur América

E. Anexo: Aprobación del proyecto por el comité de ética Universidad Nacional de Colombia



UGI-0124-2011

Bogotá D.C., 3 de junio de 2011

Profesora
MAGDA LUCIA FLOREZ
Coordinadora Posgrados de Enfermería
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de Maestría en Enfermería "PERCEPCIÓN DEL CLIMA ÉTICO HOSPITALARIO EN UNIDADES DE CUIDADO INTENSIVO" de la estudiante Jakeline Martínez Zuluaga directora profesora Raquel Vargas.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO)
SANDRA GUERRERO GAMBOA
Presidenta Comité de Ética
Facultad de Enfermería
Universidad Nacional de Colombia
Copia: Profesora Raquel Vargas

Ciencia, tecnología e innovación para el país

Carrera 30 # 45.03 Torre de enfermería, Edificio 101, Piso 8 Oficina 805

Conmutador: 57 (1) 3165000 Extensión 17020

Telefax: 57 (1) 3165000 Extensión 17021 Correo ugi_febog@unal.edu.co

Bogotá Colombia, Sur América

F. Anexo: Cronograma de actividades

[illegible]

G. Anexo: Presupuesto

DESCRIPCIÓN DE COSTOS	COSTOS PARCIALES	COSTOS TOTALES	FUENTE DE FINANCIACIÓN
COSTOS DE PERSONAL Investigadora Asesoría académica	\$ 4 000 000 \$16 000 000	\$ 20 000 000	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
COSTOS OPERATIVOS Materiales: fotocopias, lápices, papelería, computador, internet, comunicación, adquisición de textos y consultas a base de datos. Transporte: desplazamiento para aplicación del estudio. Asistencia a eventos	\$ 1 500 000 \$ 800 000 \$ 2 000 000	\$ 4 300 000	INVESTIGADOR PRINCIPAL.
TOTAL COSTOS		\$ 24 300 000	

H. Anexo: Tabla de contingencia (datos caracterización / ítems ECEH)

ITEM 1	EDAD		UCI		GENERO		TIEMPO EXPERIENCIA		TIEMPO UCI		NIVEL FORMACIÓN		TIEMPO EN EL HOSPITAL	
	<32AÑOS	>32AÑOS	ADU	NEO	F	M	<5AÑOS	>5AÑOS	<2AÑOS	>2AÑOS	0	1	<5AÑOS	>5AÑOS
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	1	1	2	0	3	2	1	2	1	3	0	2	1
3	7	9	8	8	3	13	8	8	11	5	10	6	11	5
4	1	1	0	2	0	2	1	1	1	1	2	0	1	1
ITEM 2														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	2	2	2	1	3	1	3	2	2	2	2	2	2
3	3	7	4	6	1	9	5	5	6	4	7	3	6	4
4	5	2	3	4	1	6	5	2	6	1	6	1	6	1
ITEM 3														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	0	1	1	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0
3	6	5	4	7	2	9	7	4	8	3	8	3	8	3
4	2	6	4	4	1	7	2	6	4	4	5	3	4	4
ITEM 4														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	7	2	3	6	1	8	7	2	8	1	7	2	8	1
3	2	4	3	3	1	5	2	4	4	2	5	1	4	2
4	1	5	3	3	1	5	2	4	2	4	3	3	2	4
ITEM 5														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	5	2	1	6	1	6	6	1	6	1	6	1	6	1
3	4	7	7	4	2	9	4	7	7	4	6	5	7	4
4	1	2	1	2	0	3	1	2	1	2	3	0	1	2
ITEM 6														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	3	0	3	1	2	2	1	2	1	2	1	2	1

3	4	4	3	5	1	7	4	4	6	2	7	1	6	2
4	6	4	6	4	1	9	5	5	6	4	6	4	6	4
ITEM 7														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	3	0	4	1	3	2	2	2	2	3	1	2	2
3	7	4	4	7	1	10	7	4	9	2	10	1	9	2
4	2	4	5	1	1	5	2	4	3	3	2	4	3	3
ITEM 8														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	3	2	2	3	1	4	2	3	3	2	3	2	3	2
3	7	5	4	8	2	10	9	3	11	1	11	1	11	1
4	0	4	3	1	0	4	0	4	0	4	1	3	0	4
ITEM 9														
1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0
2	6	4	1	9	1	9	7	3	8	2	9	1	8	2
3	3	5	5	3	2	6	4	4	5	3	5	3	5	3
4	0	2	2	0	0	2	0	2	0	2	1	1	0	2
ITEM 10														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	1	0	2	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0
3	7	7	7	7	2	12	6	8	9	5	10	4	9	5
4	2	3	2	3	1	4	3	2	3	2	3	2	3	2
ITEM 11														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	1	0	2	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0
3	6	7	5	8	3	10	7	6	9	4	11	2	9	4
4	3	3	4	2	0	6	2	4	3	3	2	4	3	3
ITEM 12														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	1	1	1	1	1	2	0	2	0	2	0	2	0
3	4	5	2	7	1	8	5	4	6	3	8	1	6	3
4	5	5	6	4	1	9	4	6	6	4	5	5	6	4
ITEM 13														
1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0
2	3	2	0	5	0	5	4	1	4	1	5	0	4	1
3	6	8	7	7	3	11	7	7	9	5	10	4	9	5
4	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
ITEM 14														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	2	0	3	0	3	2	1	2	1	3	0	2	1
3	5	6	5	6	2	9	5	6	8	3	8	3	8	3
4	4	3	4	3	1	6	4	3	4	3	4	3	4	3

ITEM 15														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	0	1	1	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0
3	3	5	2	6	2	6	5	3	6	2	8	0	6	2
4	5	6	6	5	1	10	4	7	6	5	5	6	6	5
ITEM 16														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	3	4	2	5	2	5	5	2	6	1	7	0	6	1
3	7	7	7	7	1	13	6	8	8	6	8	6	8	6
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ITEM 17														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	8	4	4	8	2	10	8	4	10	2	10	2	10	2
3	2	7	5	4	1	8	3	6	4	5	5	4	4	5
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ITEM 18														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	2	2	2	0	4	2	2	2	2	4	0	2	2
3	7	4	5	6	3	8	7	4	10	1	9	2	10	1
4	1	5	2	4	0	6	2	4	2	4	2	4	2	4
ITEM 19														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	4	0	2	2	1	3	3	1	4	0	3	1	4	0
3	4	5	4	5	1	8	5	4	7	2	7	2	7	2
4	2	6	3	5	1	7	3	5	3	5	5	3	3	5
ITEM 20														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	0	1	1	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0
3	7	9	6	10	3	13	8	8	11	5	12	4	11	5
4	1	2	2	1	0	2	1	2	1	2	1	2	1	2
ITEM 21														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	4	3	2	5	0	7	4	3	5	2	5	2	5	2
3	6	5	5	6	3	8	7	4	8	3	10	1	8	3
4	0	3	2	1	0	3	0	3	1	2	0	3	1	2
ITEM 22														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	1	2	1	1	2	2	1	3	0	3	0	3	0
3	6	6	4	8	2	10	8	4	9	3	10	2	9	3

4	2	4	3	3	0	6	1	5	2	4	2	4	2	4
ITEM 23														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	5	4	4	5	0	9	4	5	6	3	6	3	6	3
4	5	7	5	7	3	9	7	5	8	4	9	3	8	4
ITEM 24														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0
3	4	2	2	4	2	4	5	1	6	0	6	0	6	0
4	5	9	7	7	1	13	5	9	7	7	8	6	7	7
ITEM 25														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	5	4	1	8	2	7	7	2	8	1	9	0	8	1
4	5	7	8	4	1	11	4	8	6	6	6	6	6	6
ITEM 26														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	4	1	1	4	0	5	4	1	4	1	4	1	4	1
3	5	5	5	5	2	8	6	4	8	2	9	1	8	2
4	1	5	3	3	1	5	1	5	2	4	2	4	2	4
ITEM 27														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	3	1	2	2	2	2	3	1	4	0	4	0	4	0
3	6	7	5	8	1	12	7	6	9	4	10	3	9	4
4	1	3	2	2	0	4	1	3	1	3	1	3	1	3
ITEM 28														
1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
2	6	5	5	6	2	9	6	5	8	3	7	4	8	3
3	4	5	3	6	1	8	5	4	6	3	8	1	6	3
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ITEM 29														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	0	1	1	0	2	2	0	2	0	2	0	2	0
3	3	5	3	5	2	6	4	4	5	3	6	2	5	3
4	5	6	5	6	1	10	5	6	7	4	7	4	7	4
ITEM 30														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	8	6	5	9	1	13	8	6	9	5	10	4	9	5

[illegible]

3	4	6	2	8	2	8	5	5	7	3	8	2	7	3
4	6	5	7	4	1	10	6	5	7	4	7	4	7	4
ITEM 39														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	2	1	1	2	0	1	1	2	0	2	0	2	0
3	5	1	1	5	0	6	4	2	5	1	5	1	5	1
4	5	8	7	6	1	12	6	7	7	6	8	5	7	6
ITEM 40														
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	2	1	2	2	1	2	1	3	0	3	0	3	0
3	6	5	5	6	1	10	6	5	7	4	9	2	7	4
4	3	4	3	4	0	7	3	4	4	3	3	4	4	3

I. Anexo: Estadísticos descriptivos por categorías

CATEGORIA	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
COLEGA	21	9,00	15,00	12,2381	1,41084
PACIENTE	21	10,00	16,00	12,8571	1,85164
ADMINISTRADORES	21	15,00	23,00	19,4762	2,65742
HOSPITAL	21	16,00	24,00	19,0476	2,31249
MEDICOS	21	13,00	22,00	17,1429	2,66994
RESPONSABILIDAD	21	9,00	16,00	12,8571	2,00713
HONESTIDAD	21	17,00	22,00	19,0952	1,64027
TOLERANCIA	21	9,00	14,00	11,4286	1,59911
N válido (según lista)	21				

H. Anexo: Estadísticos descriptivos por datos de caracterización.

DATOS DE CARACTERIZACION	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico	Estadístico
EDAD	21	22,00	58,00	34,5714	10,82853
EXPERIENCIA	21	3,00	324,00	103,4286	109,11488
SALARIO	21	1600000,00	2200000,00	1963426,8095	180953,7799
TIEMPO ANTIGÜEDAD HOSPITAL	21	3,00	324,00	79,5714	109,86472
TIEMPO ANTIGÜEDAD UCI	21	3,00	192,00	54,0476	68,79424
N válido (según lista)	21				